




3 1761 11971877 3



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119718773>



151

First Session
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

Première session de la
trente-huitième législature, 2004-2005

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président :
L'honorable MICHAEL KIRBY

Thursday, February 17, 2005

Le jeudi 17 février 2005

Issue No. 7

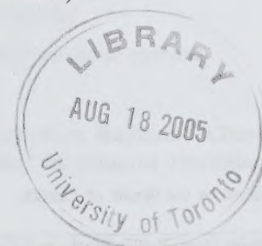
Fascicule n° 7

Eighth meeting on:
Mental health and mental illness

Neuvième réunion concernant :
La santé mentale et la maladie mentale

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C. (or Rompkey, P.C.)	Johnson LeBreton
Callbeck	* Kinsella
Cochrane	(or Stratton)
Cook	Pépin
Cordy	Trenholme Counsell
Fairbairn, P.C.	
Gill	

*Ex officio members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P. (ou Rompkey, C.P.)	Johnson LeBreton
Callbeck	* Kinsella
Cochrane	(ou Stratton)
Cook	Pépin
Cordy	Trenholme Counsell
Fairbairn, C.P.	
Gill	

*Membres d'office

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

TORONTO, Thursday, February 17, 2005
(12)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9 a.m., this day, in the Vanity Fair Room, at the Royal Meridien King Edward Hotel in Toronto, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy, Keon, Kirby, Pépin and Trenholme Counsell (8).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division, Nicole Pogue, Intern.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

Hong Fook Mental Health Association:

Raymond Chung, Executive Director.

Across Boundaries, Ethnoracial Mental Health Centre:

Martha Ocampo, Co-director.

As an individual:

Raymond Cheng.

Canadian Mental Health Association (Toronto Branch):

Steve Lurie, Executive Director.

Victorian Order of Nurses (VON):

Gordon Milak, VON Middlesex-Elgin.

Canadian Association for Suicide Prevention:

Dr. Paul Links, President, Professor of Psychiatry, University of Toronto.

Ontario Hospital Association:

Dr. Paul Garfinkel, Chair, Working Committee on Mental Health.

Schizophrenia Society of Canada:

Florence Budden, President-Elect.

Canadian Collaboration Mental Health Initiative:

Dr. Nick Kates, Chair.

Raymond Chung, Martha Ocampo and Raymond Cheng each made a statement. Together the witnesses answered questions.

PROCÈS-VERBAL

TORONTO, le jeudi 17 février 2005
(12)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit à 9 heures dans le salon Vanity Fair de l'hôtel Royal Meridien King Edward de Toronto, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy, Keon, Kirby, Pépin et Trenholme Counsell (8).

Sont présents : Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Sont également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit l'examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 des délibérations du comité du jeudi 14 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

Hong Fook Mental Health Association :

Raymond Chung, directeur exécutif.

Across Boundaries, Ethnoracial Mental Health Centre :

Martha Ocampo, codirectrice.

À titre personnel :

Raymond Cheng.

Association canadienne pour santé mentale (bureau de Toronto) :

Steve Lurie, directeur exécutif.

Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (VON) :

Gordon Milak, VON Middlesex-Elgin.

Association canadienne pour la prévention du suicide :

Le Dr Paul Links, président, professeur de psychiatrie, Université de Toronto.

Association des hôpitaux de l'Ontario :

Le Dr Paul Garfinkel, président, Comité de travail sur la santé mentale.

Société canadienne de schizophrénie :

Florence Budden, présidente déguisée.

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale :

Le Dr Nick Kates, président.

Raymond Chung, Martha Ocampo et Raymond Cheng font chacun une déclaration. Ensemble, les témoins répondent aux questions.

At 10:40 a.m., the committee suspended its sitting.

At 10:45 a.m., the committee resumed its sitting.

Steve Lurie, Paul Links and Gordon Milak each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 12:05 p.m., the committee suspended its sitting.

At 12:10 p.m., the committee resumed its sitting.

Nick Kates, Florence Budden and Paul Garfinkel each made a statement.

Together the witnesses answered questions.

At 1:20 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

À 10 h 40, la séance est suspendue.

À 10 h 45 la séance reprend.

Steve Lurie, Paul Links et Gordon Milak font chacun une déclaration. Ensemble, les témoins répondent aux questions.

À 12 h 5, la séance est suspendue.

À 12 h 10, la séance reprend.

Nick Kates, Florence Budden et Paul Garfinkel font chacun une déclaration. Ensemble, les témoins répondent aux questions.

Les témoins répondent aux questions.

À 13 h 20, il est convenu que le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

EVIDENCE

TORONTO, Thursday, February 17, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

[English]

The Chairman: Senators, we have with us this morning three panels of witnesses who will be discussing service delivery. We begin with a panel that deals with the issue of how you deliver services in a culturally sensitive manner, an issue that we addressed in our *Issues and Options* report.

Mr. Raymond Chung is the Executive Director of the Hong Fook Mental Health Association and Ms. Martha Ocampo, the Co-director of Across Boundaries, Ethnoracial Mental Health Group. We also have with us Mr. Raymond Cheng who is also very much in this kind of service delivery.

I would ask Mr. Raymond Chung to begin. We look forward to your presentation and then we will ask you a number of questions. Thanks you for coming this morning.

Mr. Raymond Chung, Executive Director, Hong Fook Mental Health Association: Good morning. I would thank the Senate Committee for inviting me as a panel member to provide comments and recommendations. To put my comments into perspective to begin with, allow me to ask you a few questions.

First, would you be surprised if I told you that Hong Fook Mental Health Association is only one of two ethnocultural-specific, community-based mental health programs funded by the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care in Ontario?

Second, would you be surprised if I told you that Hong Fook Mental Health Association is currently receiving \$1.96 million to work with the Cambodian, Chinese from Hong Kong, Mainland China, Taiwan, Korean and Vietnamese communities? For your quick reference, the population of these six communities currently residing in the GTA is about half a million.

Thirdly, would you be surprised if I told you that there is no family physician, no psychiatrist in the Cambodian community?

Fourth, would you be surprised if I told you that, two years ago, over 150 active mental health patients from the Korean community did not receive any follow-up care when the one and only Korean-speaking psychiatrist moved to B.C.?

To give you a little bit of background about Hong Fook, as early as in 1978, difficulties accessing the mental health services by ethnocultural clients were identified with two questions to be addressed: One, underutilization of hospital

TÉMOIGNAGES

TORONTO, jeudi 17 février 2005

Le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures pour examiner des questions se rapportant à la santé et à la maladie mentales.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président : Sénateurs, nous avons avec nous ce matin trois groupes de témoins qui nous parleront de la prestation des services. Le premier groupe que nous entendrons nous parlera de la manière d'offrir des services dans un contexte culturel, et c'est un sujet que nous avons abordé dans notre rapport intitulé *Problèmes et options*.

M. Raymond Chung est directeur exécutif du Hong Fook Mental Health Association et Mme Martha Ocampo est codirectrice de l'organisme Across Boundaries, un groupe qui se spécialise dans la santé mentale ethnoraciale. Nous avons également avec nous M. Raymond Chung, qui connaît très bien le domaine de la prestation de services de cette nature.

Je demanderais à M. Raymond Chung de commencer. Nous avons hâte d'entendre ce que vous avez à dire et de vous poser de nombreuses questions. Merci d'être venu ce matin.

M. Raymond Chung, directeur exécutif, Hong Fook Mental Health Association : Bonjour. Je voudrais remercier le comité sénatorial de m'avoir invité à titre de témoin afin de vous faire part de mes commentaires et recommandations. Pour bien situer mes propos, permettez-moi de vous poser quelques questions.

Premièrement, seriez-vous surpris si je vous disais que Hong Fook Mental Health Association est un des deux organismes de santé mentale communautaire et ethnoculturel financé par le ministère ontarien de la Santé et des soins de longue durée?

Deuxièmement, seriez-vous surpris si je vous disais que Hong Fook Mental Health Association reçoit actuellement 1,96 million de dollars pour offrir des services aux communautés cambodgiennes, chinoises de Hong Kong, de la Chine populaire, taïwanaise, coréenne et vietnamienne? Pour votre gouverne, sachez que la population de ces six communautés qui habitent dans la région métropolitaine de Toronto est de près d'un demi-million.

Troisièmement, seriez-vous surpris si je vous disais que la communauté cambodgienne ne compte pas un seul médecin de famille ni psychiatre?

Quatrièmement, seriez-vous surpris si je vous disais que, il y a deux ans, plus de 150 patients actifs recevant des soins de santé mentale, issus de la communauté coréenne n'ont pas pu recevoir de suivi, parce que le seul et unique psychiatre parlant le coréen avait déménagé en Colombie-Britannique?

Permettez-moi maintenant de vous parler un peu de notre association, Hong Fook. Déjà en 1978, on avait mis en lumière des difficultés relatives à l'évaluation des services de santé mentale reçus par les clients issus de communautés ethnoculturelles. Ainsi,

psychiatric services by the Asian communities; and, two, the prolonged stay in hospital when a non-English-speaking patient was admitted.

Hong Fook was officially funded in 1992 to provide a bridge between the communities and the hospital with the consultation liaison model. I would emphasize, "consultation liaison model." Today, 23 years later, we are still looking for answers to these two questions.

The fact that Hong Fook is only one of two ethnocultural mental health organizations speaks volumes. Over half of the population in Toronto was born outside of Canada and speaks over 180 languages.

Hong Fook Mental Health Association is a member of the United Way and, as such, is funded to do community outreach health promotion work to six communities. Our health promotion strategies are based on community and capacity-building principles. I emphasize, community capacity building.

In the 23 years since Hong Fook was first funded, we have demonstrated that there are effective and efficient models to address the mental health and mental illness needs of the communities. Our current continuum of services covers a broad range of services and initiatives.

Hong Fook has shifted its approach of service delivery. Initially, our main mode of service was in the form of case management, that is what we were funded for, but we realize its limitation, as people are part of a larger system. Therefore, when looking at a more comprehensive, holistic health approach, it makes sense to provide a continuum of services which supports the consumer on his or her path to recovery as well as a consumer's family and their community.

I would draw to your attention the information pamphlets and written submission to the package for more detail. My verbal presentation will highlight some of the items that I would like you to note.

Allow me to comment on certain sections of your report, *On Mental Health, Mental Illness and Addiction: Issues and Options for Canada*, and provide you with some recommendations. In my written submission, I cover a few more areas, but I chose the following to be the more significant sections.

First, we welcome the report and we are in full support of the rationale of exploring issues and options relating to mental health, mental illness and addiction. I would emphasize that Hong Fook has no expertise in the area of addiction. This document is being discussed at a most opportune time since Ontario is undergoing a health care system transformation.

deux problèmes ont été recensés : le premier, la sous-utilisation des services psychiatriques hospitaliers par les communautés asiatiques et, le deuxième, le séjour prolongé à l'hôpital quand le patient ne parle pas anglais.

Hong Fook a été financé officiellement pour la première fois en 1992 pour servir de pont entre les communautés ethniques et l'hôpital suivant le modèle de liaison consultative. Je voudrais insister sur le concept de « modèle de liaison consultative ». Aujourd'hui, 23 ans plus tard, nous cherchons toujours des réponses à ces deux questions.

Le fait que Hong Fook soit le seul organisme de santé mentale ethnoculturel en dit long. Plus de la moitié de la population de Toronto est née à l'étranger et parle plus de 180 langues.

Hong Fook Mental Health Association est membre de Centraide et, à ce titre reçoit des fonds pour mener des activités de promotion de la santé auprès de six communautés. Nos stratégies de promotion à cet égard se fondent sur les principes de l'édification de la capacité communautaire. Je répète : l'édification de la capacité communautaire.

Depuis 23 ans, c'est-à-dire depuis de Hong Fook reçoit du financement, nous avons montré qu'il existe des modèles efficaces et efficaces de répondre aux besoins en matière de santé et de maladie mentales des communautés ethniques. Notre palette de services actuels englobe un vaste éventail de services et d'initiatives.

Hong Fook a changé son approche en matière de prestation de services. Au départ, notre principal mode de prestation de services était sous forme de gestion des cas, et c'est d'ailleurs pour cette raison que nous avons été financés, mais nous nous sommes rendu compte des limites de ce mode de prestation, puisque les gens font partie d'un système plus large. Par conséquent, en considérant une approche plus exhaustive et holistique de la santé, il est logique que l'on fournisse une palette de services qui aide le consommateur dans son cheminement vers le rétablissement de même que sa famille et la communauté de celui-ci.

Je voudrais attirer votre attention sur les brochures et le mémoire écrit que nous vous avons remis pour en savoir davantage. Mon exposé oral fera ressortir quelques éléments d'information que j'aimerais vous signaler.

Permettez-moi de vous faire part de mes commentaires sur certaines sections de votre rapport intitulé *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options pour le Canada*, ainsi que de certaines recommandations. Dans mon mémoire écrit, j'aborde d'autres aspects, mais j'estime que les sections suivantes sont les plus significatives.

Premièrement, nous saluons ce rapport et adhérons pleinement à l'idée d'explorer les problèmes et les options se rapportant à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie. Je préciserais que Hong Fook n'a pas d'expertise en toxicomanie. Le rapport fait l'objet d'une discussion à un moment on ne peut plus opportun, puisque le système de soins de santé ontarien subit actuellement une transformation.

Chapter 1 deals with the delivery of services and supports: The Committee makes reference to a system with two key characteristics that is patient-centred and is focused on recovery in a culturally appropriate manner. It is also a seamless system in which services and supports are accessible, of high quality, and are well coordinated and integrated.

One must bear in mind and take into serious consideration that a crucial component of receiving services is accessibility. This is a major barrier for individuals and families who do not speak either of the official languages and require immediate attention. Otherwise, for example, here in Toronto, we negate over 55 per cent of the population who are from immigrant populations.

When we refer to a seamless system, one in which services and support are accessible, one need only look at our health care history. Services that are built around a medical model with the hospital being the hub will never effectively be patient-centered. It is in families and communities that we find our support networks.

When we talk about culturally appropriate delivery of services and supports, Chapter 1, item 1.2, it is important to recognize that cultural understanding and language competency are two of the many factors in the delivery of services. With over 55 per cent of Toronto's population born outside of Canada, attempts to develop services to meet all the demands of the various cultural and language groups is next to impossible.

Our recommendation is that there be emphasis on cultural competency for service providers so as to heighten their level of proficiency. This would include ongoing staff development strategies such as effective use of cultural consultation, which is an approach in the field that we use, to fine tune their practice skills and to heighten their self-awareness of how the culture in the homes of their patients would affect treatment.

As a recommendation, we would say that another achievable strategy would be funding for mobile culture and language interpretive teams. Such teams would consist of trained mental health interpreters who would be available on an on-call basis. This was one of the recommendations made by the Toronto Peel Mental Health Implementation Task Force in 2002.

We would also recommend that there be established a federal policy with mandatory guidelines on the funding, training and services delivery model of trained mental health interpreters to be made available to anyone who requires such assistance.

On item 1.4, "Early Detection and Intervention," I would say that this should cover a broader spectrum which includes health promotion strategies. According to the WHO, the World Health Organization, social determinants of health, migration and mental health are major factors in living a healthy lifestyle.

Le chapitre 1 parle de la prestation des services et des mesures de soutien : le comité fait allusion à un système comportant deux caractéristiques clés axées sur le patient et sur le rétablissement dans un contexte culturellement adapté. C'est également un système uniforme où les services et les mesures de soutien sont accessibles, de qualité supérieure et bien coordonnés et intégrés.

Il faut se rappeler et tenir sérieusement compte du fait que la composante cruciale de la prestation de services, c'est l'accessibilité. L'accessibilité constitue une barrière considérable pour les patients et les familles qui ne parlent ni l'une ni l'autre des langues officielles et qui ont besoin d'une attention immédiate. Autrement, par exemple ici à Toronto, on fait fi de plus de 55 p. 100 de la population issue de l'immigration.

Quand nous parlons d'un système uniforme, nous pensons à un système où les services et les mesures de soutien sont accessibles, et on a qu'à regarder l'histoire de nos soins de santé. Les services qui sont articulés autour d'un modèle médical où l'hôpital est au cœur du système ne seront jamais axés sur le patient. C'est au sein des familles et des communautés que nous trouvons les réseaux de soutien.

Quand nous parlons de prestation de services et de mesures de soutien culturellement adaptées, notamment au chapitre 1, point 1,2, il est important de reconnaître que la compréhension culturelle et la compétence linguistique sont deux facteurs parmi tant d'autres de la prestation de services. Étant donné que plus de 55 p. 100 de la population de Toronto est née à l'étranger, toute tentative d'élaborer des services pour répondre à tous les besoins des divers groupes culturels et linguistiques est pratiquement impossible.

Nous recommandons que l'accent soit mis sur des fournisseurs de services familiarisés avec la culture afin de rehausser leur niveau de professionnalisme. Cela pourrait commander l'élaboration de stratégies permanentes de perfectionnement du personnel comme le recours efficace à la consultation culturelle, approche que nous utilisons nous-mêmes, pour perfectionner les compétences des professionnels et les sensibiliser davantage à la manière dont la culture des patients affecte le traitement.

À titre de recommandation, nous préconisons l'élaboration d'une autre stratégie réaliste qui serait d'assurer le financement d'équipes d'interprètes culturels et linguistiques mobiles. De telles équipes consisteraient en des interprètes en santé mentale qualifiés qui seraient disponibles sur appel. C'est une des recommandations faite par le Toronto Peel Mental Health Implementation Task Force en 2002.

Nous recommandons aussi l'établissement d'une politique fédérale assortie de lignes directrices obligatoires en matière de financement, de formation et de prestation de services à des interprètes en santé mentale qualifiés qui seraient au service de quiconque en a besoin.

S'agissant du point 1.4, qui parle de dépistage et d'intervention précoces, je pense que cela devrait s'appliquer à tous les niveaux, y compris les stratégies de promotion de la santé. Selon l'OMS, l'Organisation mondiale de la santé, les déterminants sociaux de la santé, l'émigration et la santé mentale sont d'importants facteurs qui contribuent à une vie saine.

As a recommendation, we would encourage a federal policy that provides a perspective of mental health which is holistic. The current interpretation of mental health is too closely attached to illness and, as such, is a deterrent to early identification. We believe that being well informed is a first step towards the reduction of stigmatization and discrimination.

We would also recommend some form of stable funding for community-based programs to support patients with culturally-appropriate services, and to provide a continuum of services with an emphasis on holistic health promotion as an early detection and intervention strategy. Unless there is such a provision, we will continually face the underutilization of services by newcomers which, in the long run, is costly to the health care system. It is only through ethnocultural, language-specific mental health prevention and promotion strategies that we can achieve the goal of early identification and early intervention. In turn, you will help to reduce the financial and human costs in our society and, in the long run, for treating more serious mental illnesses.

Findings of the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey indicate that, in this society, one person in five has mental health problems. With no mental health prevention and promotion through education and early intervention, the social cost will be tremendous.

A growing body of literature indicates that, as the duration of untreated psychoses increase, the duration of hospital stays increase, remissions are fewer and take longer to achieve, responsiveness to early psychotic medications is reduced, individuals' insight and social supports begin to fade, and individuals' life trajectories are severely altered.

In talking about enhancing access, item 1.2, we must be cognizant of the fact that people do not even begin to utilize mental health services if they or those closest to them do not recognize the early signs of mental illness.

If we truly are invested in the guarantee of a patient's rights to service, we would recommend that health promotion strategies be funded to help newcomer communities, particularly those who do not speak either of the official languages. The promotion of mental health and the prevention of mental illness for these individuals and their family members are important to ensure patients' rights to service. As a result of educating the newcomer communities, those affected and their family members will be more able to detect and intervene in the early stages of the illness. More importantly, family members will be one of the major partners to the continuous care of the patients.

En guise de recommandation, nous préconisons l'établissement d'une politique fédérale qui reposerait sur une approche holistique de la santé mentale. L'interprétation actuelle de la santé mentale est trop étroitement liée à la maladie, si bien que cela compromet le dépistage précoce. Nous estimons qu'être bien informé constitue la première étape vers la réduction de la stigmatisation et de la discrimination.

Nous recommandons également une sorte de financement stable des programmes communautaires pour aider les patients à obtenir des services culturellement adaptés et pour fournir des services intégrés qui privilégient la promotion de la santé holistique comme moyen de dépistage et d'intervention précoces. Sinon, nous continuerons de faire face aux problèmes de la sous-utilisation des services par les nouveaux venus, ce qui, à long terme, grèvera le système de soins de santé. C'est seulement en adoptant des stratégies de prévention et de promotion de la santé mentale adaptées à des réalités ethnoculturelles et linguistiques que l'on pourra atteindre les objectifs du dépistage et de l'intervention précoces. Ce faisant, vous contribuerez à réduire les coûts financiers et humains assumés par notre société et, à long terme, les coûts associés au traitement de maladies mentales plus graves.

Le supplément de la santé mentale du sondage sur la santé de l'Ontario constate que, dans notre société, une personne sur cinq a des problèmes de santé mentale. Le coût pour la société sera énorme, si on ne fait pas de prévention de la maladie mentale ou qu'on ne fait pas de promotion de la santé mentale par l'éducation et l'intervention précoces.

Un nombre croissant de travaux dans le domaine constatent que, au fur et à mesure que la durée des psychoses non traitées augmentent, le séjour à l'hôpital se prolonge, les rémissions se font de plus en plus rares et prennent plus de temps à se produire, la réaction au traitement précoce de la psychose par médicament est réduite, la capacité de se juger soi-même diminue, les soutiens sociaux disparaissent et les trajectoires de vie sont gravement modifiées.

Passons maintenant au chapitre 1.2, dans lequel on parle de donner plus largement accès aux services : il faut reconnaître que personne ne fait appel aux services de soins de santé mentale, à moins qu'eux-mêmes ou leurs proches ne soient en mesure de reconnaître les signes précoces de maladie mentale.

Si nous voulons vraiment garantir les droits des patients aux services, nous recommandons de financer les stratégies de promotion de la santé en vue d'aider les nouveaux arrivants, et surtout ceux qui ne parlent ni l'une ni l'autre des langues officielles. Il faut faire la promotion de la santé mentale et prévenir les troubles mentaux chez les nouveaux arrivants et les membres de leurs familles, et il est tout aussi important d'assurer à ces gens le droit d'obtenir des services. En sensibilisant les nouveaux arrivants, ceux qui sont malades et leurs proches seront plus en mesure de déceler les étapes précoces de la maladie, puis d'intervenir. Il est important de comprendre que ce sont les membres de la famille qui deviendront nos principaux partenaires dans la chaîne des soins offerts aux patients.

We would recommend that federal policy include guidelines on funding for health promotion and services to family members.

Chapter 2 deals with specific population groups. My only comment regarding this will be posed as a question. Given that immigrant groups account for over 55 per cent of Toronto's population, should newcomers without the official languages competency be listed as a specific population?

Chapter 4, section 4.1, is entitled "Combating Stigma and Discrimination." We strongly support the report's statement that to reduce the stigmatization of and discrimination against individuals who have mental illness requires a sustained effort with stable funding, and we are in agreement that government and media public awareness campaign strategies, combined with local education, information workshops, and other health promotion strategies are tactics that have proven to be effective means to deal with these issues.

Our recommendation in that regard is that now it is time to provide stable funding to combat the prevailing and damaging stigma and discrimination surrounding mental illness.

The Chairman: May I ask you not to deal with each item because of time constraints?

Mr. Chung: I have only one more page. As I said, this is a summary. Our written submission is much longer.

Hong Fook is one of the very few community-based, multicultural, multilingual organizations in Ontario devoting resources to promote mental well-being. Our philosophy in working with newcomer communities is to increase their resources through empowerment and community capacity building.

To work with the communities to stay as mentally healthy as possible, we provide programs to promote community awareness and understanding of mental health and mental illness; community involvement and participation in mental health issues; community understanding and acceptance of people with mental illness. Programs include workshops and seminars, health fairs, conferences, mass media promotions, community advisory committees, volunteer training and opportunities to volunteer for patients, groups to explore strategies to maintain mental well-being, and integrated social and recreational activities.

With regard to Chapter 5, section 5.4, "Supporting Caregivers," we would make the following comment: We acknowledge that family members do require support. We also

Nous recommandons que la politique fédérale comporte des lignes directrices sur le financement de la promotion des services de santé aux membres de la famille.

Mon seul commentaire au sujet du chapitre 2, qui traite de groupes concernés de la population, prendra la forme d'une question. Étant donné que les groupes d'immigrants représentent plus de 55 p. 100 de la population de Toronto, les nouveaux arrivants ne parlant ni l'une ni l'autre des deux langues officielles ne devraient-ils pas être inscrits comme groupes concernés?

Le paragraphe 4.1 du chapitre 4 s'intitule : « Combattre la stigmatisation et la discrimination ». Nous souscrivons à la constatation du rapport selon laquelle pour réduire la stigmatisation et la discrimination envers des individus qui souffrent de maladie mentale, il faudra déployer des efforts soutenus qui devront être accompagnés d'un financement stable. Nous souscrivons aussi à l'énoncé selon lequel les stratégies et les campagnes de sensibilisation du public par les gouvernements et par les médias, auxquelles on associe l'éducation à l'échelle locale, les ateliers d'information et d'autres tactiques de promotion de la santé, ont déjà donné de bons résultats.

Voici notre recommandation : il est maintenant temps de fournir un financement stable afin de combattre les dommages qu'entraînent la stigmatisation et la discrimination dominant dans la société à l'égard des personnes souffrant de maladie mentale.

Le président : Puis-je vous demander d'aller plus vite, car nous avons des contraintes de temps?

M. Chung : Il ne me reste plus qu'une page. Je répète qu'il s'agit ici d'un résumé, puisque notre mémoire est beaucoup plus long.

Hong Fook est l'une des très rares organisations communautaires, multiculturelles et multilingues de l'Ontario qui consacre ses ressources à la promotion du bien-être mental. En oeuvrant avec les nouveaux arrivants au pays, nous avons pour but de leur donner des ressources afin qu'ils développent leurs capacités dans la collectivité et qu'ils deviennent autonomes.

Pour aider ces milieux à maintenir leur santé mentale, nous offrons des programmes destinés à sensibiliser la collectivité et à mieux faire comprendre les questions de santé et de maladie mentales; nous prôtons également la participation de la collectivité dans toutes les questions de santé mentale, de même que la compréhension de l'entourage et l'acceptation de ceux qui ont des problèmes d'ordre mental. Parmi nos programmes, vous trouverez des ateliers et des séminaires; des foires de la santé; des conférences; des promotions de la santé dans les médias; des comités consultatifs communautaires; la formation des bénévoles et des occasions de travailler bénévolement auprès des patients; des explorations de stratégies destinées à maintenir la santé mentale, ainsi que des activités intégrées de types social et récréatif.

Concernant le paragraphe 5.4, « Soutien des aidants naturels », nous reconnaissons que les membres de la famille doivent être aidés. Si on les encourage et qu'on les soutient, les

recognize that, with encouragement and assistance, family members are typically the best support to patients. As a result, their involvement would reduce the demand for services from the service providers.

We would recommend that guidelines be set to include support services for family members as part of the continuum of services.

Lastly, I will deal with Chapter 7, "The Role of the Federal Government." We would recommend that, as the nation's policy-maker, the most important role for the federal government is to set the direction in transforming the health care system by heightening the profile of mental health, mental illness and addiction within the system.

The federal government can take on the leadership role in strengthening the health promotion strategies by setting funding guidelines. Prevention is better than treatment, and early intervention would reduce long-term treatment resources.

The federal government can set policy guidelines to ensure equitable access to mental health programs and services for individuals who do not speak either of the official languages. Legislation for rights to cultural/language interpreters for mental health services could be considered.

Ms. Martha Ocampo, Co-director, Across Boundaries, Ethnoracial Mental Health Centre: I have a written presentation as well as the thin, orange-coloured report, "Across Boundaries," which outlines our holistic model of care. The last page of my submission deals with the definitions of racialized and racialization. I will be using those words a lot.

In previous reports or studies, just to name a few, "After the Door Has Been Opened," in 1988; "Improving Mental Health Supports for Diverse Ethno/Racial Communities in Metro Toronto," 1992; "The Healing Journey," 2001; and "Integration Opportunity: Access to Integrated Health Care for Racialized and Marginalized Communities," January 2005, racism is identified as a common and unique experience faced by racialized and marginalised communities. You will note that these studies date back from the 1980s to the present and, yet, the mental health system has paid little attention to this issue. Racism in all its forms and at all levels has a direct impact on the health and mental health of the population and affects about 43 per cent of the Canadian population.

Based on the report "Improving Mental Health Supports For Diverse Ethno/Racial Communities in Toronto," which identified that racism is the main barrier to accessing appropriate services, the Ontario Ministry of Health provided a small amount of funding for a centre to be developed. In 1995, Across Boundaries opened its doors as a mental health centre located in the west end of Toronto to provide a range of supports and services to people from racialized communities who are experiencing severe mental health problems and/or serious mental illness. The centre was

membres de la famille sont les mieux placés pour aider les patients. En les intégrant, on réduit ainsi la demande auprès des fournisseurs de services.

Dans vos lignes directrices, nous vous recommandons d'inclure les services de soutien destinés aux membres de la famille, pour qu'ils fassent partie de la palette des services.

Enfin, nous arrivons au chapitre 7, « Le rôle du gouvernement fédéral ». Le gouvernement fédéral étant le décideur politique du Canada, son rôle le plus important est d'orienter la transformation du système de soins de santé en redonnant une plus grande place à la santé mentale, à la maladie mentale et à la toxicomanie.

Le gouvernement fédéral peut montrer sa vision en établissant des lignes directrices sur le financement qui viendraient renforcer les stratégies de promotion de la santé. Il vaut mieux prévenir que guérir, et l'intervention précoce réduirait les ressources nécessaires au traitement à long terme.

Le gouvernement fédéral peut, dans ses lignes directrices, favoriser l'accès équitable aux programmes et services de santé mentale destinés à ceux qui ne parlent ni l'une ni l'autre de nos langues officielles. Vous devriez envisager d'inscrire dans des mesures législatives les droits à des interprètes en vue d'avoir accès aux services de santé mentale.

Mme Martha Ocampo, codirectrice, Across Boundaries, Ethnoracial Mental Health Centre : J'ai un exposé à vous faire, mais j'ai aussi apporté notre rapport orange, intitulé « Across Boundaries », qui définit notre modèle de soins holistiques. À la dernière page, vous trouverez les définitions de deux termes que j'emploierai souvent : racialisé et racialisation.

Plusieurs rapports et études déjà publiés portent sur le racisme. Ce sont notamment : « After the Door Has Been Opened » en 1988; « Improving Mental Health Supports for Diverse Ethno/Racial Communities in Metro Toronto » en 1992; « The Healing Journey », en 2001; et « Integrated Opportunity : Access to Integrated Health Care for Racialized and Marginalized Communities », en janvier 2005. Dans tous ces rapports et études, on considère le racisme comme un phénomène particulier auquel se heurtent collectivement certains groupes marginalisés et racialisés de la société. Vous avez sans doute remarqué que certaines de ces études remontent à la fin des années 80, et pourtant, notre système de soins de santé s'est fort peu intéressé à la question. Or, le racisme sous toutes ses formes et à tous les niveaux a une incidence directe sur la santé en général et la santé mentale de la population, puisqu'il lèse environ 43 p. 100 de la population canadienne.

À la suite du rapport « Improving Mental Health Supports for Diverse Ethno/Racial Communities in Metro Toronto », qui ciblait le racisme comme étant l'obstacle principal empêchant d'avoir accès aux services appropriés, le ministère ontarien de la Santé offrait un financement modeste pour la création d'un centre. « Across Boundaries » ouvrait donc ses portes en 1995, et devenait un centre de santé mentale dans l'ouest de Toronto destiné à offrir toute une gamme de mesures de soutien et de services aux groupes racialisés de la ville qui souffraient de

established to provide appropriate services to address the needs of the targeted communities by developing a holistic model of mental health care within an anti-racism framework. In Ontario, no other mental health agencies and programs provide mental health and addiction services that operate within an anti-racism/anti-oppression framework.

The report "Ethno-Racial Inequality in the City of Toronto: An Analysis of the 1996 Census," by Michael Ornstein, released in May 2000, and largely ignored by city officials, shows how Toronto's racialized majority faces disproportionately high unemployment and poverty rates. According to the report, while 14 per cent of European families live below the low income cut-off, the percentage is much higher for non-Europeans: 35 per cent South Asians, 45 per cent for Africans, Blacks and people of Caribbean descent, and 45 per cent for Arabs and West Asians. Despite their educational qualifications, unemployment rates for Africans, Blacks and South Asians have skyrocketed. Among Ghanaians, for example, there is 45 per cent unemployment rate. Ornstein has concluded, "These inequalities are almost all tied to race."

Racism has created an environment within which quality health care is a commodity that has become socially, economically and politically unattainable by particular members of our society and a right for others. One factor that has been at the forefront of this impact is the current inadequacy of the system to provide mental health care and addiction services that are culturally appropriate, anti-racist and inclusive of all members of Canadian society, regardless of race, gender, socio-economic situations, immigration status, religion and sexual orientation.

The reality of the health care system in which racialized communities seek care in Canada is one in which a significant portion of the members are faced with barriers, hindering their accessibility to mental health services. Many of these communities do not conform to the North American systems of health care delivery that is primarily based on a biomedical, mono-cultural and Eurocentric model. Due to this fact, racialized communities are utilizing health care services less and receiving critical diagnoses and treatment significantly later than other populations. Often, the people we serve at Across Boundaries are those who are experiencing severe mental health problems.

Consumer-survivors and their families would identify racism as a constant problem they have to deal with, whether they are going for treatment, looking for appropriate housing, or simply looking for a safe place to stay when they feel depressed or isolated.

From time to time, we hear from the media, which reports are confirmed in various studies, about how racism is being explicitly linked to the high suicide rate among First Nations. Since

problèmes ou de maladies mentales graves. Notre centre a donc été crée en vue de fournir les services appropriés et de répondre aux besoins de certains milieux ciblés, par le truchement d'un modèle holistique de santé mentale dans une optique de lutte contre le racisme. En Ontario, aucune autre agence et aucun autre programme n'offre des services en santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, dans une optique de lutte contre le racisme et l'oppression.

Le rapport « Ethno-Racial Inequality in the City of Toronto : An analysis for the 1996 Census » que publiait Michael Ornstein en mai 2000, mais qui fut en grande partie dédaigné par les élus municipaux, démontre à quel point la majorité racialisée de Toronto est affligée par des taux de chômage et de pauvreté disproportionnés. Le rapport estime que, bien que 14 p. 100 des familles européennes vivent en deçà du seuil de pauvreté, le pourcentage est beaucoup plus élevé chez le non-européens. Il est de 35 p. 100 chez les Asiatiques du Sud, de 45 p. 100 chez les Africains, les Noirs et les Antillais, et de 45 p. 100 chez les Arabes et les Asiatiques de l'Ouest. Les taux de chômage chez les Africains, les Noirs et les Asiatiques du Sud ont grimpé en flèche, malgré leurs diplômes. Le taux de chômage est ainsi de 45 p. 100 chez les Ghanéens, par exemple. D'après Ornstein, ces inégalités sont presque toujours liées aux phénomènes de la race.

Le racisme a donné lieu à un environnement dans lequel les soins de santé de qualité sont une denrée inaccessible du point de vue social, économique et politique à certains membres de notre société, tandis qu'ils sont un droit pour d'autres. Un des facteurs principaux expliquant cet état de fait, c'est l'incapacité actuelle du système de fournir des services et des soins de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie qui soient culturellement appropriés, qui ne soient pas racistes et qui s'adressent à tous les membres de la société canadienne, peu importe leur race, leur sexe, leur situation socio-économique, leur statut d'immigrant ou non, leur religion et leur orientation sexuelle.

Le système canadien des soins de santé est tel qu'un grand nombre des membres des groupes racialisés se heurtent à des obstacles qui nuisent à leur capacité d'accès à des services de santé mentale. En effet, un bon nombre de ces collectivités ne se conforment pas au modèle nord-américain de prestations des soins de santé qui sont surtout de type biomédical, monoculturel et eurocentriques. Par conséquent, les groupes racialisés ont de moins en moins recours aux services de santé et sont par conséquent diagnostiqués et traités beaucoup plus tard que les autres segments de la population. Par conséquent, les clients de Across Boundaries sont souvent ceux qui souffrent déjà de graves problèmes de santé mentale.

Les consommateurs-survivants et leurs familles dénoncent le problème constant du racisme auquel ils doivent faire face, aussi bien quand ils vont suivre un traitement, quand ils cherchent un logement convenable ou lorsqu'ils essaient simplement de trouver un endroit où rester en sécurité quand ils se sentent déprimés ou isolés.

Il arrive que les médias, dont les articles sont confirmés par différentes études, expliquent que le racisme est explicitement lié au taux élevé de suicide parmi les membres des Premières nations.

September 11, our centre had to deal with the impact of racial profiling which caused severe mental health problems to members of particular communities, specifically the Muslim communities.

In the context of violence and abuse, racism is a form of systemic and overt violence towards communities of colour, which can cause severe depression, despondency, stress and anxiety, paranoia, social isolation, suicidal ideation, drug and alcohol addiction, problem gambling and many physical problems. These problems need to be looked at holistically with an anti-racist approach; otherwise, the cycle continues.

In the context of shrinking resources in the mental health system, racism is an economic issue. For example, the emphasis on the biomedical Western approach to treatment and its reliance on the pharmaceutical industry has taken our health system to a state of crisis. It could also be that the very people who deliver mental health and addiction services have been trained to believe that the Western medical approach is the best and only way to provide care and see other approaches as inferior or just an add-on.

In Ontario, OHIP will only cover medical services, not alternative therapies such as traditional Chinese medicine, Ayurveda, homeopathy, and so forth. It is ironic that most ethnoracial communities continue to practice the use of old remedies for both prevention and treatment of mental health problems, but such practices continue to be ignored by the system despite its professed value of the individual's right to choice of care.

The issue here is discrimination through racism. Thus, racism is the constant enduring fact we have to consider all the time when talking about the appropriate health care of the individual in the ever-changing demographics in Canada and its cultural and racial diversity.

The mental health of members from racialized communities cannot be understood in isolation from the social conditions of their lives. These conditions are characterized by social inequities which influence the type of mental health problems people from these communities develop and impact on how these problems are understood and treated by health professionals and the mental health system. For example, the mental health needs of new immigrants and refugees will have to take into account their experiences of trauma and how this impacts their health. The mental health system recognizes the need to address post-traumatic syndrome, but fails to recognize that, until racism is addressed, which is the trauma refugees and new immigrants experience on a daily basis, such an approach will be ineffective.

What should future directions be in the field of mental health, given the multicultural nature of our Canadian society?

Depuis le 11 septembre, notre centre a dû s'occuper des conséquences du profilage racial qui a provoqué de graves problèmes de santé mentale parmi les membres de certaines communautés, en particulier la communauté musulmane.

Dans ce contexte de violence et de maltraitance, le racisme est une forme de violence déclarée et systémique envers les gens de couleur, qui peut causer de graves dépressions, du stress, de l'anxiété, de la paranoïa, de l'isolement social, des idées suicidaires, de l'alcoolisme et de la toxicomanie, des problèmes de jeu et de nombreuses affections physiques. Il faut considérer ces problèmes de façon holistique dans une approche antiraciste; autrement, le cycle se perpétue.

Dans le contexte de la diminution des ressources du réseau de santé mentale, le racisme est une question économique. Ainsi, l'approche biomédicale en matière de traitement, qui s'en remet essentiellement à l'industrie pharmaceutique, a provoqué une crise dans notre réseau de la santé. Il se pourrait également que ceux qui s'occupent de santé mentale et de toxicomanie aient été formés à l'idée selon laquelle l'approche médicale occidentale est la meilleure et la seule façon de soigner, les autres méthodes étant inférieures ou tout juste complémentaires.

En Ontario, l'OHIP ne couvre que les services médicaux, et non pas les thérapies alternatives comme la médecine chinoise traditionnelle, l'Ayurveda, l'homéopathie, et cetera. Il est paradoxal que la plupart des communautés ethnoraciales continuent à recourir aux vieux remèdes tant pour la prévention que pour le traitement des problèmes de santé mentale, alors que ces pratiques sont toujours ignorées par le système, qui prétend pourtant reconnaître que le patient a le droit de choisir un traitement.

Il s'agit ici d'une question de discrimination raciale. Le racisme est une constante qu'il faut toujours prendre en compte lorsqu'on parle des soins à prodiguer dans une société canadienne dont la démographie et la diversité culturelle et raciale sont en constante évolution.

La santé mentale des membres des communautés victimes de discrimination raciale ne peut être comprise en dehors du contexte des conditions sociales dans lesquelles ils vivent. Ces conditions sont caractérisées par les inégalités sociales qui vont déterminer les types de problèmes de santé mentale dont ils vont souffrir et qui ont une incidence sur la façon dont ces problèmes sont compris et traités par les professionnels de la santé et par le réseau de santé mentale. Par exemple, la santé mentale des nouveaux immigrants et des réfugiés dépend en partie des traumatismes qu'ils ont subis et qui ont pu détériorer leur santé. Le réseau de santé mentale reconnaît la nécessité de faire face au syndrome post-traumatique, sans toutefois reconnaître que tant que les réfugiés et les nouveaux immigrants victimes de traumatismes devront faire quotidiennement face au racisme, une telle méthode restera inefficace.

Quelle orientation faudrait-il prendre dans le domaine de la santé mentale, compte tenu de la nature multiculturelle de la société canadienne?

First, there has to be a shift in the mental health policy framework from a biomedical to an understanding that mental health is, in part, socially determined and, therefore, a more integrative model of care which addresses the body, mind and soul needs to be developed.

Second, a mental health anti-racism strategy at all levels of government has to be in place which will address systemic and structural changes including governance, policies, training, education, community-based research, and service delivery. The strategy must be guided by an anti-racism, anti-oppression and cultural competence analysis and principles.

In 1995, the Ontario Government had developed "Strengthening Voices: Ministry of Health Anti-Racism Strategy," which, unfortunately, ended up in a shelf collecting dust. Ethnoracial communities were consulted in the development of this document. Perhaps if there had been an implementation strategy, the policy might have moved forward.

Third, there should be inclusion of non-dominant groups in the decision-making process and in the development of policies. They must be provided the opportunity to participate fully and be given equal access to resources and the necessary supports to enable them to contribute their knowledge and skills in the whole continuum of mental health care.

Fourth, we must ensure that all community consultations, needs assessments, research studies, evaluations and other planning initiatives are conducted in accessible ways, including data, information gathering in multiple languages and diverse formats and locations to increase participation.

Fifth, we should require all funded organizations to integrate planning and program delivery for racialized communities in direct and identifiable ways such as having clear benchmarks on what needs to be achieved in order to be funded.

Sixth, we must recognize, create and implement community-specific mental health and addiction services that are responsive to the needs of different racialized and immigrant communities.

Mr. Raymond Cheng, as an individual: Good morning. It is a privilege to address you today. I am speaking to you as an ethnoracial individual who identifies with other fellow consumer/survivors and I am grateful for their earlier heartfelt words shared over the last two days with you.

I should explain that I work, advocate, volunteer, socialize and have even performed stand-up comedy on behalf of the mental health system. I should also mention I have a

Tout d'abord, il faudrait que la politique de santé mentale passe de la conception biomédicale à une véritable compréhension de la santé mentale qui est notamment déterminée par des facteurs sociaux, et que par conséquent, on mette au point un modèle plus intégrateur de soins destiné au corps, à l'esprit et à l'âme.

Deuxièmement, il faut mettre en place à tous les niveaux du secteur public une stratégie antiraciste de santé mentale qui opère des changements systémiques et structurels notamment en matière de gouvernance, de politiques, de formation, d'éducation, de recherche communautaire et de prestations de services. Cette stratégie doit être axée sur une analyse et des principes de lutte contre le racisme et l'oppression, et sur la reconnaissance des compétences culturelles.

En 1995, le gouvernement ontarien a élaboré une stratégie intitulée « Une voix plus forte : Stratégie antiraciste du ministère de la Santé » qui, malheureusement, s'est retrouvée sur une étagère poussiéreuse. Les communautés ethnoraciales ont été consultées lors de la préparation de ce document. S'il avait comporté une stratégie de mise en œuvre, cette politique aurait peut-être progressée.

Troisièmement, les groupes non dominants devraient être inclus dans le processus décisionnel et dans l'élaboration des politiques. Ils doivent avoir l'occasion de participer pleinement au débat et d'accéder sur un pied d'égalité aux ressources et aux mesures de soutien nécessaires pour pouvoir apporter leurs connaissances et leurs aptitudes à tout le spectre des soins de santé mentale.

Quatrièmement, il faut veiller à ce que la consultation, l'évaluation des besoins, les études de recherche et les initiatives de planification soient menées dans un souci d'accessibilité, notamment en ce qui concerne les données, la collecte de l'information dans plusieurs langues, sous divers formats et à différents endroits, de façon à favoriser la participation.

Cinquièmement, il faudrait obliger tous les organismes subventionnés à assimiler les principes de planification et d'exécution des programmes à l'intention des communautés victimes de discrimination raciale de façon directe et identifiable, afin qu'on ait des points de repère précis sur les objectifs à atteindre pour obtenir du financement.

Sixièmement, il faut identifier, créer et mettre en œuvre des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie qui répondent aux besoins des diverses communautés d'immigrants victimes de discrimination raciale.

M. Raymond Cheng, témoignage à titre personnel : Bonjour. C'est pour moi un privilège de m'adresser à vous aujourd'hui. Je m'adresse à vous en tant que membre d'un groupe ethnoracial et je m'associe aux autres consommateurs survivants, que je voudrais remercier pour les propos très convaincants dont ils vous font part depuis hier.

Je dois vous dire que je travaille bénévolement dans le système de santé mentale où j'ai des activités de revendication et de socialisation; j'y ai même présenté des monologues. Je dois

physical disability, significant hearing loss, that requires wearing two hearing aids.

You may want to know about how I got to where I am now as a result of the mental health system.

I want to share three points with you. First, how I ended up using the mental health system; why, what I feel works in a recovery-oriented mental health system currently; and what needs to happen in the future for more ethnoracial as well as mainstream consumers to succeed.

In using the mental health system, from an ethnoracial viewpoint, consumer/survivors, as we call ourselves, do not talk about having a crisis, necessarily. We talk about going through hard times, and for me, I define that as when you do not have the answers to what life is delivering to you and you feel that no one really understands your point of view. When even your friends and family cannot help you out, it is natural to seek professional intervention.

From an ethnoracial perspective, this is what has happened to me.

The best outcome of care has to be from staff who are genuinely interested in listening, communicating and showing empathy. This is especially important, not only to the client, but to the family members who want to understand what is going on.

Language and cultural barriers can lead to misinterpretation, a mutual lack of understanding, and possibly misdiagnosis. This is especially critical at the point of admission to a hospital.

Medications that have been tested and guidelines set up for one target population may work differently for another group. One widespread medication that has been used for many years, and I have used it, caused me severe side effects. Only recently has research established that the working dosage on people of Asian descent is considerably lower than that for the mainstream population.

Outside in the community, as my co-panelists have shared with you, there is a real lack of culturally-competent service providers to help those in need continue to get better.

I will now deal with Innovative approaches and recovery currently available in the mental health system — in other words, what I see are things that work well now. As someone who has been able to assess a wide range of community-based supports and services, I would emphasize the importance of peer support. What is peer support? Peer support is when a group of individuals who have experienced the mental health system come together regularly in a safe and comfortable environment to share each other's stories, be empathetic, and take the time to understand people.

également signaler que j'ai une incapacité physique, une difficulté auditive importante qui m'oblige à utiliser deux prothèses auditives.

Peut-être aimeriez-vous savoir comment j'en suis arrivé là à cause du système de santé mentale.

J'aimerais vous dire trois choses. Premièrement, comment j'en suis venu à recourir au système de santé mentale; ensuite ce qu'il y a, à mon avis, de plus efficace dans le système actuel de santé mentale axée sur la convalescence; et enfin sur ce qu'il faudrait faire à l'avenir pour assurer la réussite du traitement d'un plus grand nombre de consommateurs ethnoraciaux ou ordinaires.

Pour recourir au système de santé mentale, d'un point de vue ethnoracial ou du point de vue des consommateurs survivants, puisque nous nous appelons ainsi, il ne faut pas nécessairement passer par une crise. Il suffit de connaître une période difficile et pour moi, c'est le cas lorsqu'on a pas toutes les réponses aux événements de la vie et lorsqu'on a l'impression d'être totalement incompris. Lorsqu'on ne trouve plus d'aide parmi les amis et les membres de la famille, il est normal de solliciter l'intervention d'un professionnel.

D'un point de vue ethnoracial, c'est qui m'est arrivé.

Les soins donnent les meilleurs résultats lorsqu'ils sont prodigués par un personnel prêt à écouter, à communiquer et à manifester de l'empathie. C'est particulièrement important, non seulement pour le patient, mais aussi pour les membres de la famille qui veulent comprendre ce qui se passe.

Les obstacles linguistiques et culturels peuvent entraîner des erreurs d'interprétation, un manque de compréhension mutuelle, voire des erreurs de diagnostic. C'est particulièrement vrai au moment de l'admission en milieu hospitalier.

Des médicaments et des posologies définies pour une population cible peuvent donner des résultats différents pour un autre groupe de population. Un médicament très courant qui a été utilisé pendant des années, et dont je me suis servi, m'a provoqué des effets secondaires graves. Récemment, la recherche a permis d'établir que la posologie normale pour les personnes d'origine asiatique est considérablement inférieure que pour le reste de la population.

En dehors de la communauté, comme vous l'ont dit les autres membres du groupe, les fournisseurs de service compétents au plan culturel ne sont pas assez nombreux pour que ceux qui en ont besoin puissent continuer à s'améliorer.

J'aimerais maintenant aborder les approches novatrices de convalescence actuellement disponibles dans le réseau de santé mentale; autrement dit, j'aimerais parler de ce qui, à mon avis, fonctionne bien actuellement. J'ai été en mesure d'évaluer une vaste gamme de services de soutien communautaire, et j'aimerais insister sur l'importance du soutien des pairs. Qu'est-ce que le soutien des pairs? Ce sont des groupes de personnes qui ont été en contact avec le réseau de la santé mentale et qui se réunissent régulièrement dans un environnement sûr et confortable pour évoquer leur expérience, pour faire preuve d'empathie et pour prendre le temps de se comprendre.

This is very much like preventative maintenance, for after all, social isolation is the leading factor in why people return to hospital. The community-based agencies that have worked best for me emphasized the importance of peer support, and here in Ontario, we have more than 50 of these organizations run by consumers for consumers providing this very necessary, distinctive and unique form of self-help.

I am currently working for a provincial support team called the Ontario Peer Development Initiative and I personally believe that we should have many more of these types of agencies.

Furthermore, peer support works across all boundaries, and all groups can find common ground by respecting their own cultures and their language of preference.

The other factor I would stress about recovery is this: Mental health is integrated with one's physical, social, spiritual and economic well-being. Hope for a future is truly realized if there are genuine expectations that inequities within society will be addressed. My friends on Tuesday and Wednesday have already eloquently spoken about what it feels like to have a job, a place to call your own, and a social network of friends. I hope you heed our collective call that individual recovery from mental health is impossible when struggling with the consequences of poverty alongside stigma and discrimination.

I will now speak to future recommendations and action steps, and I have only two.

Most of my fellow ethnoracial consumer/survivors want to work. They may not all be able to work full-time, but they want a chance to work part-time. This can be hard to do within their communities. A report that I co-wrote in 1993 for Hong Fook Mental Health Association confirmed that employers then were hesitant to give consumers a chance. A job means a lot to them. A national employment strategy that includes those with mental health issues is needed.

Should there be a funding envelope for employment supports in a mental health system? Yes, I believe so. The payoff is that, ultimately, those who work will use less health care and will pay more taxes. What is there for any politician not to like?

The range of supports that currently exist for those who are deemed unable to work includes a monthly pension with subsidized medications, subsidized housing for the fortunate, and a support network of health professionals and programs for free.

I would suggest that many individuals are trapped and left unmotivated to plan and execute an exit strategy from this cycle of learned helplessness. The spirit of recovery cannot emerge from the ambiguous expectations of people simply cycling through a set of periodically visited mental health services and supports. With

C'est tout à fait semblable à l'entretien préventif, car après tout, l'isolement social est le principal facteur qui renvoie les patients en milieu hospitalier. Les organismes communautaires qui m'ont le plus aidé insistent sur l'importance du soutien des pairs et ici, en Ontario, nous avons plus de 50 de ces organismes qui sont gérés par des utilisateurs pour des utilisateurs, et qui proposent cette forme unique, spécifique et indispensable d'auto-assistance.

Je travaille actuellement pour une équipe provinciale de soutien appelée Ontario Peer Development and Initiative et j'estime personnellement qu'il nous faut beaucoup plus de ce genre d'organismes.

En outre, le soutien par les pairs s'applique à toutes les situations et les groupes peuvent trouver des points en commun tout en respectant les cultures et la langue.

J'ajouterai une autre chose concernant leur établissement : la santé mentale fait partie intégrante du bien-être physique, social, spirituel et économique de chacun. On ne peut avoir espoir en l'avenir que si on est intimement convaincu que les inégalités présentent dans la société disparaîtront. Mardi et mercredi, mes amis vous ont entretenus éloquentement de ce que cela représente pour eux d'avoir un emploi, un endroit pour lequel on a un sentiment d'appartenance, un réseau social d'amis. J'espère que vous répondrez à cet appel collectif et que vous comprendrez que la guérison individuelle des malades mentaux est impossible quand on doit faire face aux conséquences de la pauvreté, de la stigmatisation et de la discrimination.

J'aimerais vous faire part de deux recommandations en ce qui a trait aux mesures à prendre à l'avenir.

La plupart des gens dans ma situation veulent travailler. Ils ne sont peut-être pas tous en mesure de travailler à temps plein, mais ils aimeraient avoir la chance de travailler à temps partiel. Ce n'est pas toujours facile dans leurs collectivités. Un rapport que j'ai corédigé en 1993 pour la Hong Fook Mental Health Association a confirmé que les employeurs hésitaient à donner une chance à ceux qui souffraient ou avaient souffert de troubles mentaux. Or, un emploi représente beaucoup pour eux. Il faudrait donc une stratégie nationale d'emploi qui tienne compte des besoins des personnes ayant des troubles mentaux.

Devrait-on prévoir une enveloppe budgétaire pour le soutien à l'emploi dans tout système de santé mentale? Je crois que oui. En contrepartie, au bout du compte, ceux qui travaillent ont moins recours aux soins de santé et paient davantage d'impôt. Il me semble que cela devrait plaire à tout politicien.

Ceux qui sont actuellement jugés incapables de travailler ont droit à des prestations mensuelles, à des médicaments subventionnés, s'ils ont de la chance, à un logement subventionné et à l'appui d'un réseau de professionnels de la santé et de programmes gratuits.

Bien des gens se sentent pris au piège et n'ont pas la motivation de dresser et d'exécuter un plan leur permettant de mettre fin à ce cercle vicieux de l'impuissance. L'esprit de la guérison ne peut émerger des simples attentes ambiguës de gens vivant ce cycle de visites périodiques aux services de soutien et de santé mentale.

ethnoracial populations, they are further marginalized if they are not fortunate to find a program that can meet their express needs and offer a better path.

Why should the life choices for those who want to get well and achieve full citizenship be constricted by systemic assumptions built into programs that have lasted too many generations without an objective review?

In conclusion, consumer/survivors and their family members are entitled to fully realize lives with achievable ambitions set within a caring and just society. I am old enough to remember who said that.

I would commend the committee for listening to me, and I look forward to your recommendations. Thank you.

The Chairman: I would thank all three of our presenters. Mr. Cheng, could you provide us with a copy of your brief?

Mr. Cheng: Yes, I have copies.

The Chairman: I have one broad question of the panel. It strikes me that here we are in a city where 55 per cent of the population are not native-born Canadians and, in fact, speak other languages, and yet both Raymonds told me when I was talking to them earlier, that there are only two ethnoracial organizations and those two are represented by you both being here, so we have a complete sample.

There is, obviously, a systemic problem. What needs to change at the governmental level to, in fact, substantially increase the number of centres, services and community-based organizations which would be capable of dealing in other languages and other cultures? There are only two such organizations, and there has only been the odd pilot project and nothing has fundamentally changed. You quote reports going back a decade. What do you see as the root cause of the problem and what can we do to change it?

Martha, would you care to comment?

Ms. Ocampo: I think the systemic problem is funding, at whatever level.

This is not to promote Across Boundaries, because our goal, just like Hong Fook, is to disappear at a certain point. All health agencies, mental health agencies, addiction agencies have to find a way to serve the people around them, the people who are coming to their centres. What is happening now is that all the mainstream agencies get a chunk of funds, and yet, a token kind of service is provided to this population. It makes no sense, because 53 per cent of the population is from these communities, and there is nothing in place to ensure that these agencies are serving the population.

Many years ago in Ontario, agencies were asked to send in proposals respecting an anti-racism, cultural competence strategy. The highly resourced agencies were best able to do that. Therefore, the big agencies or mainstream agencies got most of the money. Struggling agencies such as ours continue

Pour les populations ethnoraciales, la marginalisation est accrue si elles n'ont pas la chance de trouver un programme qui réponde à leurs besoins particuliers et leur offre une autre voie.

Les choix de vie de ceux qui veulent guérir et être des citoyens à part entière ne devraient pas être limités par les postulats systémiques incorporés dans des programmes qui existent depuis des générations sans avoir fait l'objet d'un examen objectif.

En conclusion, les consommateurs-survivants et leurs familles ont le droit de vivre pleinement leurs vies et leurs ambitions raisonnables dans une société juste et humaine. Je suis assez vieux pour me rappeler qui a tenu ces propos.

Je remercie le comité de m'avoir écouté et j'ai hâte de lire vos recommandations. Merci.

Le président : Je remercie les trois témoins. Monsieur Cheng, auriez-vous l'obligeance de nous remettre un exemplaire de votre mémoire?

M. Cheng : Oui, j'en ai des exemplaires.

Le président : J'ai une question générale qui s'adresse à tous les témoins. Nous sommes aujourd'hui dans une ville où 55 p. 100 des habitants ne sont pas nés au Canada et ne parlent ni l'anglais ni le français. Pourtant, les deux Raymond m'ont dit, quand je me suis entretenu avec eux un peu plus tôt, qu'il n'y a que deux organisations ethnoraciales qui sont toutes les deux représentées ici aujourd'hui.

Il y a donc manifestement un problème systémique. Que devrait faire le gouvernement pour augmenter de façon considérable le nombre de centres et d'organisations communautaires de services afin d'offrir des programmes dans d'autres langues et cultures? Il n'y a que deux organisations de ce genre, il n'y a eu qu'un projet pilote de temps à autre, et rien n'a fondamentalement changé. Vous citez des rapports vieux de 10 ans. Quelle est la cause profonde du problème selon vous et comment s'y attaquer?

Martha, voulez-vous répondre?

Mme Ocampo : Je crois que le problème systémique, c'est le financement à tous les niveaux.

Je ne dis pas cela pour faire la promotion de Across Boundaries car notre objectif ultime, comme celui de Hong Fook, est de disparaître un jour. Toutes les agences de santé, de santé mentale, de lutte contre la toxicomanie doivent trouver une façon de servir leurs clients, ceux qui s'adressent à elles. À l'heure actuelle, les grands organismes obtiennent une partie des fonds et dispensent quelques services à ce groupe de gens. Mais cela n'a aucun sens, car 53 p. 100 de cette population provient de ces collectivités et rien ne permet de s'assurer que ces organismes servent cette population.

Il y a bien des années, en Ontario, on a demandé aux agences d'envoyer des propositions de stratégies sur les compétences culturelles et contre le racisme. Ce sont les agences disposant de plus de ressources qui ont présenté les meilleures propositions. Par conséquent, ce sont elles qui ont reçu la majorité des fonds.

to struggle. However, when they are delivering the services, it is not somehow trickling down to the population that they are serving.

I think there has to be systemic change. They have to be accountable to the population that they are serving. That is not there.

Mr. Chung: I want to make two comments. One is that funders should make the service providers accountable. When they claim that will use the funding to serve a certain population, can they prove that they are capable of doing that? Currently, many mainstream agencies, service providers are claiming that they can serve the Chinese, for example, because a member of their staff has the Chinese language, but if you look into it, the Chinese language-speaking person might be an administrative assistant and may not be a front-line worker.

My second comment relates to the approach, as Martha mentioned, to the Western concept of treatment. How comfortable would new Canadians, new immigrants feel walking into a certain office? Would they feel welcomed?

As the U.S. Surgeon General's report indicated training interpreters is key. A couple of states have legislation under which service providers must guarantee that they have trained interpreters to communicate with patients who walk into their clinics or centres.

As I mentioned earlier, I think it is unrealistic to think that more organizations such as Hong Fook or Across Boundaries will be set up. Hong Fook set up 23 years ago and Across Boundaries set up 10 years ago to bridge a gap. We know that, culturally, we have the knowledge and the expertise. We also know what treatment models, health promotion and other strategies work, because we have the knowledge and the expertise, but nobody is consulting us.

The Chairman: You say that the majority of the money is going to the well-off organizations. Does that mean that the vast majority of the money for mental health at the community level is, in fact, being used to serve people who largely speak English simply because those organizations are not capable of providing services in other languages?

Ms. Ocampo: I think that they might be serving these communities, but they are inappropriate. Many of our clients might have gone to these other agencies, but they have not felt any better because either they were being served inappropriately, or there was no real service. They are turned away because no one speaks the language. They are turned away because of certain interpretations of the medical profession which indicate that a person does not need that kind of care. They are given some medication and turned away because the person who is there to help them does not know where the consumer is coming from.

Les petits organismes comme le nôtre continuent de se débattre. Toutefois, quand vient le temps de dispenser des services, les grandes agences ne semblent pas se servir des sommes qui leur sont accordées pour servir la population dans le besoin.

Un changement systémique s'impose donc. Ces agences doivent rendre des comptes aux gens qu'elles servent, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle.

M. Chung : J'aimerais faire deux remarques. Premièrement, les organismes de financement devraient exiger des comptes des agences dispensant des services. Quand ces agences prétendent que les fonds serviront à répondre aux besoins de certains groupes de gens, peuvent-elles prouver qu'elles seront en mesure de le faire? Actuellement, bon nombre de grandes agences dispensant des services affirment pouvoir servir la communauté chinoise, par exemple, parce que des employés parlent chinois alors qu'en fait la personne qui parle chinois est peut-être une adjointe administrative et non une intervenante de première ligne.

Ma deuxième observation porte sur l'approche occidentale en matière de traitement qu'a mentionné Martha. Les nouveaux Canadiens, les nouveaux immigrants hésiteraient-ils à entrer dans certains bureaux pour obtenir des services? S'y sentiraient-ils bienvenus?

Une étude du Service de santé publique des États-Unis a révélé que la formation des interprètes est cruciale. Dans quelques États américains, la loi exige des prestataires des services qu'ils garantissent la présence d'interprètes formés à communiquer avec les patients qui se rendent dans les cliniques ou les centres.

Comme je l'ai mentionné plus tôt, il serait irréaliste de croire que d'autres organisations comme Hong Fook ou Across Boundaries verront le jour. Hong Fook a été créée il y a 23 ans et Across Boundaries il y a 10 ans pour combler une lacune. Nous savons que nous avons les connaissances et les compétences d'experts du point de vue culturel. Nous savons aussi quels modèles de traitement, quelles stratégies de promotion de la santé et autres sont efficaces, car nous avons les connaissances et l'expertise nécessaires, mais personne ne nous consulte.

Le président : Vous avez dit que la majorité des fonds sont versés aux grandes organisations. Cela signifie-t-il que le gros de l'argent devant servir aux services de santé communautaire sert en fait à répondre aux besoins de personnes qui parlent l'anglais tout simplement par ces organisations ne sont pas en mesure d'offrir des services dans d'autres langues?

Mme Ocampo : Ces agences servent peut-être les communautés ethnoculturelles, mais pas comme il se doit. Bon nombre de nos clients se sont probablement adressés à ces autres agences, mais cela ne les a pas aidés parce qu'ils n'ont pas été bien servis ou parce qu'on n'a pas pu leur offrir des services. On les a renvoyés parce que personne ne parlait leur langue. On les a renvoyés parce que des professionnels de la santé ont jugé qu'ils n'avaient pas besoin de ce genre de soins. On leur a donné des médicaments et on les a renvoyés parce que ceux qui étaient censés les aider ne connaissaient pas leurs origines ou leurs antécédents.

When we see them, they have already gone round the revolving door many times. They keep going back to doctors for medication. They have been given medication of all sorts, but yet they do not feel better. When they speak to someone who understands their language and their culture, a lot of time and money can be saved, as well as a lot of the pain that these people have gone through.

The medical approach tends to look primarily at treatment. It may not recognize that perhaps the most important thing for a person is housing, perhaps education or perhaps employment. There is no holistic approach. If a person cannot sleep, you give him a sleeping pill.

That is key in terms of the determinants of health. It is important to recognize how these things play out in mental health and addiction.

Mr. Chung: As my friend Raymond mentioned, the social space is important. With the medical model, you come in as a sick person who is treated and then you leave. The more culturally appropriate approach relates to the social space. A person should feel comfortable walking in and not necessarily seeing a doctor or social worker, but being able to see other patients so that they can break their isolation and can have peer support. That is all important. That is what my friend Raymond has been emphasizing.

Mr. Cheng: I would like to follow up with what Martha is saying about appropriate services. It is important to realize the people who do not communicate well. Some find it hard to express themselves. They have a language barrier, and, of course, service delivery in the mental health system is based on symptoms. If someone is unable to communicate well, or appears not to be co-operative, you know, is speaking in a way that people cannot understand, you tend to attach a diagnosis, and when that happens medication follows. At this point, you may not fully comprehend the situation of that individual. Once you start down the road of medicating and the person is unresponsive, you add medication, you add more intensive treatment, and you reach a stage where the person can never come back to a stage of clarity where he or she can say, "This was what I wanted to talk to you about." Even consumer/survivors who speak English as their first language, when they are in crisis, find it hard enough to communicate, but if you are in crisis and English is not your first language, then that is really bad.

In my personal experience, English is my first language, but people look at me and make certain assumptions, and that is even worse. When you are 23 years old and you have this uppity tone of voice that I am using before you esteemed gentlemen, and then you are talking to a psychiatric resident who thinks he is the smartest guy on earth, you are bound to have a personality conflict.

I am lucky. I scraped my way out. I speak on behalf of a whole bunch of folks who have not been as fortunate. I consider myself very lucky to be able to make that plea on behalf of many people I know who have not been able to make it the whole way back.

Quand ils s'adressent à nous, ils sont déjà passés par ces portes tournantes à maintes reprises. Ils retournent régulièrement voir différents médecins pour leurs médicaments. On leur a donné toutes sortes de médicaments, mais ils ne se sentent pas mieux. Quand ils peuvent enfin parler à quelqu'un qui comprend leur langue et leur culture, on économise du temps et de l'argent et on leur épargne des épreuves.

L'approche médicale est axée avant tout sur le traitement. Elle ne reconnaît pas nécessairement que le plus important pour certaines personnes, c'est le logement, l'instruction et un emploi. Il n'y a pas d'approche holistique. Si vous souffrez d'insomnie, on vous donnera un somnifère.

C'est un des plus importants déterminants de la santé. Il faut reconnaître l'importance de ces facteurs dans la santé mentale et la toxicomanie.

M. Chung : Comme l'a signalé mon ami Raymond, l'espace social est important. Selon le modèle médical, vous allez chez le médecin quand vous êtes malade, on vous soigne et vous partez. Les approches mieux adaptées du point de vue culturel tiennent compte de l'espace social. Toute personne devrait se sentir la bienvenue même si elle n'est pas là pour voir un médecin ou un travailleur social mais simplement pour voir d'autres patients, sortir de son isolement et trouver un peu de soutien auprès de ses pairs. Tout cela est important, et c'est ce qu'a souligné mon ami Raymond.

M. Cheng : J'aimerais revenir à ce qu'a dit Martha sur les services appropriés. Il faut comprendre que certaines de ces personnes ont du mal à communiquer. Certaines ont du mal à s'exprimer. Il y a la barrière linguistique et, bien sûr, la prestation de services en santé mentale se fonde sur les symptômes. Si vous avez du mal à communiquer ou si vous semblez ne pas vouloir coopérer, si vous semblez refuser de vous exprimer de façon à être compris, vous risquez de vous faire accoler un certain diagnostic et peut-être même de vous faire prescrire certains médicaments. Or, il se peut que personne ne comprenne bien votre situation. Mais une fois qu'on a commencé à vous donner des médicaments auxquels vous ne réagissez pas, on y ajoutera d'autres médicaments, peut-être un traitement plus intensif et il se peut que vous en arriviez au point où vous ne soyez plus en mesure de dire ce qui vous troublait au départ. Même les personnes ayant des troubles mentaux pour qui l'anglais est la langue maternelle ont du mal à s'exprimer quand elles sont en crise; si vous vivez une crise et que l'anglais n'est pas votre langue maternelle, la situation est bien pire.

Je peux vous parler de mon expérience personnelle : je suis anglophone mais quand les gens me regardent, ils tiennent certaines choses pour acquies, ce qui est encore pire. J'ai 23 ans et quand j'emploie ce ton de voix un peu arrogant que j'utilise pour m'adresser à vous, estimés sénateurs, pour parler à un résident en psychiatrie qui se croit plus intelligent que tout le monde, les conflits de personnalité sont inévitables.

J'ai de la chance. Je me suis débrouillé. Je représente tout un groupe de gens qui n'ont pas eu pareille chance. Je m'estime privilégié de pouvoir plaider la cause de tous ceux qui ont encore du chemin à faire sur la voie de la guérison.

Senator Trenholme Counsell: I want to thank our wonderful presenters this morning.

I have been listening and thinking that I have heard the same stories and requests in my province of New Brunswick where we have so few immigrants. I wish we had many more. If you can encourage some people to move to New Brunswick, please do.

I believe that throughout this there is a common thread, and that is the need for interpretation. However, perhaps interpretation is too narrow a concept. It seems to me that a broader concept is community support provided by someone like Raymond Cheng who can speak anybody's language it seems to me. We need someone within the community to be there for X number of families during the stage when people are beginning to deal with their illness.

Largely, it is a first generation problem, is it not? Once the children of new immigrants have gone through school, they can communicate in at least one of the official languages. It is those people who have just arrived in Canada who need the support.

The same problems would arise at a mental health clinic, at a prenatal clinic, at a doctor's office, at a housing agency or even at an office where you would go to fill our application forms for a pension, and so on and so forth. The need to communicate arises everywhere, albeit there are very specific issues to be dealt with when it comes to mental health and addiction. As a multicultural society, are all of us doing enough to ensure that, in those initial years, there is community support? I mean support in one of the many dozens of language and cultural groups who live in a city like this. We do have a scattering in the less densely populated provinces. Are we doing enough?

Mr. Chung: Communication is only one aspect of it. Let me give you a couple of examples.

In the Korean community, what we call the 1.5 Generation, meaning those who were born outside of Canada, but grew up here, they can speak fluent Korean, but they would prefer to come and make connections with Hong Fook because we recognize their cultural identity. Other service organizations cannot provide that.

Recently, a group of 1.5 Cambodian young people approached me and said "We know that our parents are stressed. We cannot communicate with our parents in our own language because we speak English and they speak Cambodian." In response to that they rolled out the screen and produced their own DVD as a way of expressing the stress they feel as a 1.5 Generation, especially if one of their parents is suffering from mental illness. The DVD will be launched this Sunday in the Cambodian community. That was done strictly by the 1.5 Generation. They wanted to do it. The DVD is produced in mixed language, Cambodian and English.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je remercie les merveilleux témoins de ce matin.

En vous écoutant, je me suis dit que j'ai entendu les mêmes histoires et les mêmes demandes dans ma province du Nouveau-Brunswick où les immigrants sont si peu nombreux. Je souhaiterais qu'ils soient plus nombreux. Si vous pouvez encourager des immigrants à s'installer au Nouveau-Brunswick, n'hésitez pas à le faire.

Il y a une chose qui ressort de toutes vos remarques, et c'est l'importance de l'interprétation. Mais l'interprétation est peut-être un concept trop limité. J'ai l'impression qu'il s'agit davantage d'un concept plus large comme le soutien communautaire que peut offrir, par exemple, Raymond Cheng qui, semble-t-il, parle toutes les langues. Il nous faut quelqu'un dans chaque communauté qui puisse aider un certain nombre de familles dès l'apparition de la maladie.

C'est surtout un problème pour la première génération, n'est-ce pas? Les enfants des nouveaux immigrants fréquentent nos écoles et peuvent communiquer dans au moins l'une des deux langues officielles. Ce sont ceux qui viennent d'arriver au Canada qui ont besoin de soutien.

Les problèmes sont les mêmes à une clinique de santé mentale, à une clinique prénatale, au cabinet du médecin, à l'agence de logement ou même là où on remplit le formulaire de demande de pension et ainsi de suite. On a constamment besoin de communiquer mais cela présente des difficultés particulières en santé mentale et en toxicomanie. Dans notre société multiculturelle, est-ce que nous faisons tout ce que nous pouvons pour qu'il y ait suffisamment de soutien communautaire pendant les premières années? Je parle de soutien pour seulement l'un de ces douzaines de groupes linguistiques et culturels qui vivent dans une ville comme celle-ci. Dans les provinces moins densément peuplées, ces groupes sont très dispersés. En faisons-nous assez?

M. Chung : La communication est un aspect parmi tant d'autres. Permettez-moi de vous donner quelques exemples.

Dans la communauté coréenne, les membres de ce que nous appelons la Génération 1.5, soit ceux qui sont nés à l'étranger mais qui ont grandi ici et qui parlent couramment le coréen, préfèrent s'adresser à Hong Fook car nous reconnaissons leur identité culturelle, ce que les autres prestataires de services ne font pas.

Récemment, un groupe de jeunes cambodgiens de la Génération 1.5 est venu me voir pour me dire qu'ils s'inquiétaient du niveau de stress de leurs parents avec lesquels ils communiquent mal car ils parlent anglais et que leurs parents parlent cambodgien. Ils ont donc décidé de produire leur propre DVD pour exprimer ce qu'ils éprouvent, comme membres de la Génération 1.5, surtout si l'un de leurs parents souffre de troubles mentaux. Ce DVD sera lancé ce dimanche dans la communauté cambodgienne. Seuls des membres de la Génération 1.5 y ont travaillé. Ils voulaient le faire. Ce DVD est en cambodgien et en anglais.

They are fluent in English, but not in Cambodian. They recognize the importance of communication, and in language and in the cultural environment, that is key. Language is only one of many factors. The cultural comfort level is what we are talking about.

Ms. Ocampo: I want to emphasize community connectedness. We have a lot of referrals from particular communities because we make sure that we have service providers who are well connected in the communities. Probably 60 to 70 per cent of our referrals come from the communities, not from hospitals or from other health agencies.

Many new immigrants in Canada are health professionals. They are driving taxis and doing all kinds of domestic work because of our current system. When we hire people, we make sure that they have solid experience in mental health from their home country.

That puts us in a difficult position because, as a rule, the recognized qualifications would more likely be a college diploma or a university degree from a Canadian institution. That is a big gap. There are very skilled people from the communities who are not being well utilized.

Connection is an important aspect of mental health. A mainstream agency will tell you that connectedness is a hallmark of recovery — that consumers are connected with somebody and more so if they are connected with the natural supports that they would have, which would be their community.

Mr. Cheng: The traditional model that services are provided and received on a nine-to-five basis is a model that does not quite ring true now in the 21st century.

First, people want to be able to give support as well as to receive services. Ideally, as their health status improves, they would like to receive fewer services and less support as they become more independent.

The other issue deals with how you deliver health services where, at the same time, you have expectations of recovery. Can someone work nine to five or ten to six and say, "Excuse me, I have to visit some place. I can't tell you where, but I have got to go every week between 2 and 4 o'clock." How can someone realistically work in those circumstances?

There must be flexibility in service delivery. The term "services" may not be appropriate. We are using that word to very politely cover up, frankly, a lot of inequities in the traditional system. The needs of the clients, the patients, the consumers, the consumer/survivors are changing because we have different expectations. We expect to get better, we expect to be well, and yet, at the same time, we find that the services and supports that are being offered to us are still in a timeline that is reflective of the industrial age, and we think that is inappropriate.

Senator Keon: I would congratulate all three of you on a truly precise and intelligent presentation.

Ces jeunes parlent couramment l'anglais mais pas le cambodgien. Ils reconnaissent l'importance de la communication et de la langue dans l'environnement culturel. Mais la langue n'est pas le seul facteur. Nous parlons plutôt du sentiment d'aise qu'on éprouve dans sa propre culture.

Mme Ocampo : Je tiens à souligner l'importance des liens avec la communauté. On nous renvoie beaucoup de gens provenant de certaines communautés car nous nous assurons que nos fournisseurs de services ont des liens avec les communautés. Environ 60 à 70 p. 100 de nos clients sont envoyés par les communautés et non pas par les hôpitaux ou d'autres agences de santé.

Bon nombre de nouveaux arrivants au Canada sont des professionnels de la santé. Ils conduisent des taxis ou font du travail domestique en raison du système actuel. Quand nous recrutons quelqu'un, nous nous assurons qu'il a acquis une solide expérience en santé mentale dans son pays d'origine.

Cela nous met dans une situation difficile, car, en général, il nous faut des employés qui ont un diplôme collégial ou universitaire d'un établissement canadien. C'est une grave lacune. Ces communautés ethniques comptent beaucoup de gens dont les grandes compétences sont sous-utilisées.

Avoir des liens est un aspect important de la santé mentale. Toute grande agence vous dira que c'est le fondement de la guérison — pour se rétablir, le malade doit avoir des liens avec quelqu'un, et c'est encore mieux s'il a des liens avec son réseau de soutien naturel, soit sa communauté.

M. Cheng : Le modèle traditionnel qui veut que les services soient reçus et dispensés de 9 à 5 n'a plus vraiment sa place au XXI^e siècle.

Premièrement, on veut pouvoir offrir du soutien et non pas seulement recevoir des services. L'idéal serait pour les malades de recevoir moins de services et de soutien à mesure que leur santé s'améliore et qu'ils deviennent plus autonomes.

Deuxièmement, il faut se demander comment dispenser les services de santé quand on s'attend à ce que le malade guérisse. Peut-on travailler de 9 à 5 ou de 10 à 6 et dire : « Excusez-moi, je dois m'absenter. Je ne peux vous dire où je vais, mais, toutes les semaines, ce jour-ci, je devrai m'absenter entre 14 heures et 16 heures. » Il n'est pas réaliste de penser qu'on peut garder un emploi dans de telles circonstances.

La prestation de services doit bénéficier d'une certaine souplesse. Le mot « services » n'est peut-être pas approprié. On s'en sert pour masquer très poliment toutes les injustices du système traditionnel. Les besoins des clients, des patients, des consommateurs, des consommateurs-survivants changent de l'un à l'autre, parce que chacun a des attentes qui lui sont propres. On souhaite aller mieux, on souhaite aller bien, mais cependant, on constate que les services et le soutien offerts sont soumis à des délais imposés par l'ère industrielle, qui nous semble inappropriés.

Le sénateur Keon : Je vous félicite tous les trois pour cet exposé très précis et très intelligent.

I am just trying to appreciate your predicament. As I see and appreciate it, and please correct me if I am wrong, the Asian community of Toronto is within one of Canada's 20 largest cities. That community itself could constitute one of our largest cities in Canada. The difficulty you confront is the tremendous number of languages and dialects that you have to deal with. As you pointed out, you must also deal with the tremendous problem of the 1.5 phenomenon, which I have never heard of before.

The resources that you need seem to be available, although maybe not all of them inside Canada. There must be a way of bringing in the occasional person that you need to fit in the system and get the job done. The problem is compounded by the non-reconciliation of traditional or holistic medicine and Western scientific medicine.

The good news is that you have a huge number of students at the University of Toronto, and they are among the brightest and the best students at that university. Is there some way of tapping this enormous resource and get these people into the kind of system that you want?

In defence of this young arrogant psychiatrist that Raymond talked about, I would say that it is tough to get into medical school in Canada. The medical students whom I have taught think they are all geniuses. That is a problem in itself. Perhaps we should be using criteria other than I.Q. to select these students.

Is there some way that you can tap the educational system now? You have tremendously clever young people in the system, and perhaps they could be educated in such a way as to fit into the kind of community service work that you need, with the broad dimensions that you envision. That could be very helpful. The problem is that they might qualify as doctors, lawyers, social workers and physiotherapists, but in the traditional mould of those professions. However, your organizations could interface with the deans and the other educators at the university and tell them that you need people with somewhat different qualifications. Perhaps you could work with those people to achieve that goal.

Mr. Chung: You touch upon a key point of training professionals. The assumption is probably that a lot of Asian students can get into medical school. There is also the question of whether the X Generation or whether 1.5 or second generation, can speak their mother tongue when they graduate.

I would go back to the example of the Korean community. Recently we were able to get an intern who is doing psychiatry, but he does not speak a word of Korean. Thanks to his good heart, he is going back to U of T to learn the Korean language. He is the one and only so-called "Korean decent" psychiatrist. Within the profession of psychiatry, not many are willing to work in community psychiatry. They would prefer to work in hospitals and do research.

J'essaie de bien comprendre vos difficultés. Sauf erreur de ma part, la communauté asiatique de Toronto, telle que je la vois, se trouve dans l'une des 20 plus grosses villes du Canada. Cette communauté pourrait à elle seule constituer l'une des plus grosses villes du Canada. La difficulté à laquelle vous devez faire face, c'est le très grand nombre de langues et de dialectes parlés en Asie. Comme vous l'avez dit, vous avez aussi le grave problème du phénomène du 1,5, dont je n'avais jamais entendu parler auparavant.

Il semble que les ressources dont vous avez besoin soient disponibles, même si elles ne le sont pas toutes à l'intérieur des frontières canadiennes. Il y a toujours moyen à l'occasion de faire venir le spécialiste dont vous avez besoin, de lui trouver une place dans le système et d'obtenir les soins nécessaires. Mais le problème est encore aggravé du fait du caractère inconciliable de la médecine traditionnelle ou holistique avec la médecine scientifique occidentale.

Heureusement, vous avez un très grand nombre d'étudiants à l'Université de Toronto, et ils figurent parmi les meilleurs et les plus brillants de cette université. Est-il possible de faire appel à cette ressource considérable pour que les étudiants, une fois formés, s'intègrent dans le système que vous souhaitez?

À la décharge du jeune psychiatre arrogant dont Raymond a parlé, je voudrais dire qu'il n'est pas facile de se faire admettre en faculté de médecine au Canada. Les étudiants en médecine auxquels j'ai enseignés se prennent tous pour des génies. C'est un problème en soi. Peut-être faudrait-il utiliser des critères autres que le quotient intellectuel pour l'admission des étudiants.

Est-ce que vous avez la possibilité de faire appel dès maintenant au système éducatif? On y trouve des jeunes remarquablement intelligents, qui pourraient peut-être être formés de façon à s'adapter au travail de service communautaire dont vous avez besoin et à la vaste perspective que vous envisagez. Ce serait très utile. Le problème, c'est qu'ils peuvent se qualifier en tant que médecins, avocats, travailleurs sociaux et physiothérapeutes, mais dans le moule traditionnel de ces professions. Néanmoins, vos organismes pourraient entrer en contact avec les doyens et les enseignants au niveau universitaire pour leur dire que vous avez besoin de spécialistes présentant des qualifications un peu différentes. Peut-être pourriez-vous travailler avec eux pour atteindre cet objectif.

M. Chung : Vous abordez la question essentielle de la formation des professionnels. On peut sans doute supposer que beaucoup d'étudiants asiatiques peuvent être admis dans les facultés de médecine. Il faut aussi savoir si la génération X, la génération 1,5 ou la deuxième génération, va pouvoir parler sa langue maternelle après l'obtention des diplômes.

J'en reviens à l'exemple de la communauté coréenne. Récemment, nous avons pu obtenir un interne qui a choisi la psychiatrie, mais il ne parle pas un mot de coréen. Grâce à sa bonne volonté, il retourne actuellement à l'Université de Toronto pour apprendre le coréen. C'est le seul psychiatre d'origine coréenne. Dans le milieu de la psychiatrie, rares sont ceux qui sont prêts à travailler en psychiatrie communautaire. Les psychiatres préfèrent travailler en milieu hospitalier et faire de la recherche.

There are different systematic issues. Recruitment is an issue I touched on in my submission. Not too many non-white students are being registered, being recruited, for social work in the U. of T. That applies to recruitment strategies all across the board. What kind of criteria do they use to recruit students? Do they actively go out there and recruit students on the basis of language and culture? My daughter grew up here. She does not often speak her Chinese language. However, culturally, different families will continue to promote that because we have to combine culture and language.

Allow me also to respond to what Raymond said about employment. There are two aspects. There is the systematic kind of barrier. Many people want to be involved, but the percentage of consumers and survivors who can go back to gainful full-time employment is not high. Somehow the system expects them, in order that they can claim to be recovered, to be employed. Of course, the Ontario Disability Support Program, ODSP, does not encourage that. They were punished, and many of them do not want to work because if they make over a certain amount, then ODSP will cut them off. There are ups and downs.

Employers do not understand that, say, Raymond Chung can work for three weeks and on the fourth week would have to take two days off because my mental health would drift down a little bit. Full-time employment is not a common, but supportive employment is possible. Part-time employment is possible, but the system does not encourage. Yet, the system expects patients, on their recovery, to work. If they do not, then they have not recovered. We are sending a double message.

Ms. Ocampo: We have placement students from all the universities and colleges. That is our contribution. We show our model to these future service providers. However, it is very difficult for us to have one session with the Department of Psychiatry at the U of T. It is very difficult for us to go to any university and talk about how we implement this holistic and anti-racism framework that we operate.

They put up all kinds of barriers. They point to their existing curriculum. When we are able to have discussions with universities and colleges, it puts a great strain on us because we do not have many resources. We want to tell people what we do that is effective in our communities, but we do not have the resources.

Il y a plusieurs problèmes systématiques. J'ai parlé dans mon mémoire du problème du recrutement. Les étudiants non blancs qui s'inscrivent et qui sont recrutés en travail social à l'Université de Toronto ne sont pas très nombreux. Et c'est la même chose dans toutes les stratégies de recrutement. Quels critères applique-t-on pour recruter des étudiants? Est-ce qu'on s'efforce de les recruter en tenant compte de leur langue et de leur culture? Ma fille a grandi au Canada. Elle ne parle pas souvent le chinois, qui est sa langue maternelle. Néanmoins, au plan culturel, les familles continuent à promouvoir la langue maternelle, car il faut allier la culture à la langue.

Laissez-moi réagir à ce qu'a dit Raymond au sujet de l'emploi. Il y a deux aspects à cette question. On peut d'abord parler de barrière systématique. Beaucoup de gens voudraient se sentir mis à contribution, mais le pourcentage de consommateurs-survivants qui veulent retrouver un emploi rémunéré à temps plein n'est pas très élevé. Pour qu'ils puissent prétendre avoir récupéré, le système s'attend à ce qu'ils soient employés. Bien sûr, le programme ontarien de soutien aux personnes handicapées n'encourage pas cela. En effet, ils se sentent punis, et bon nombre d'entre eux ne veulent pas retourner travailler parce que s'ils gagnent au-dessus d'un certain seuil, le programme ontarien de soutien aux personnes handicapées va les pénaliser. Il y a donc du pour et du contre.

Les employeurs ne comprennent pas non plus que Raymond Cheng, par exemple, puisse travailler trois semaines et être obligé, au cours de la quatrième semaine, de prendre deux jours de congé à cause de problèmes de santé mentale. L'emploi à temps plein n'est pas généralisé, mais il est toutefois possible de trouver des emplois qui vous soutiennent. Le temps partiel est également possible, mais le système établi ne l'encourage pas. Et pourtant, ce même système s'attend à ce que les patients retournent au travail, dès qu'ils ont récupéré, faute de quoi, ils ne sont pas considérés comme ayant vraiment récupéré. Vous voyez bien que nous envoyons un message contradictoire.

Mme Ocampo : Nous avons des étudiants en placement dans toutes les universités et les collèges. Voilà notre contribution. Nous montrons notre modèle à ces futurs fournisseurs de services. Toutefois, il est toujours très difficile pour nous d'avoir des rencontres avec le département de psychiatrie de l'Université de Toronto. Il nous est aussi très difficile d'aller rencontrer les représentants des universités, quelles qu'elles soient, pour leur expliquer comment nous appliquons notre cadre holistique et antiraciste.

Les universités érigent toutes sortes de barrières et nous citent leurs programmes d'éducation. Or, quand nous parvenons à organiser des discussions avec les universités et les collèges, cela nous impose énormément de contraintes, à cause de nos maigres ressources. Nous voudrions bien expliquer ce que nous faisons et les programmes efficaces que nous avons lancés dans nos collectivités, mais nous manquons de ressources pour le faire.

My attendance here today takes away a resource from my office. We are a struggling agency. It is important for us to do this if we want to demonstrate our model which is effective. If we had lots of people who could devote their time to training, that would be wonderful.

Mr. Cheng: If there is any kind of an innovative approach, it will take a long time to come to the surface.

For example, the idea of services, supports, run by consumers for consumers has only been around for 13 years here in Ontario, and we are at the same level of funding we were at in 1997, 1998. We have conducted empirical studies. We have CMHC studies which are funded by the Ontario Ministry of Health. They show that consumer/survivor initiatives work, they are effective, and we know that this model works hand in hand with the kind of peer support that is ongoing within ethnoracial organizations, yet we cannot seem to squeeze the bucks out from the powers that be. We want to say, "You know it works. Why are you still funding Groundhog Day?"

It makes no sense to me that you have a health care system and a mental health sector that is not driven by what people want, but rather, what people seem to feel you deserve.

At the end of the day, I think that is the story of ethnoracial services. It is not what you want. It is what your people feel you deserve, and we are speaking to an audience that has, by and large, as large a hearing loss as I do.

Senator Callbeck: I certainly can identify with you. I have been involved with the Vietnamese family that immigrated to my province of Prince Edward Island, so a lot of what you said I have experienced through them.

Martha, in your recommendations, you refer to wanting to be more involved in the decision-making process and policy planning. You mention a strategy that the Ontario Government did in 1995, which got shelved, so, obviously, you do not know what recommendations were in that strategy.

Ms. Ocampo: I actually have a copy here. I can leave this with you. I believe that there was no implementation strategy. You must remember that, when we are talking about mental health and addiction services, it is a highly political subject. It depends on how the current government views that issue. I think this strategy was developed during the term of the NDP government, which was followed by the Harris government which had a totally different direction.

I want to share, though, the importance of what is said when communities are asked to participate. You might use the same words I use, but it is very important for me to own what I say,

Ma présence ici, aujourd'hui, m'empêche de travailler à mon bureau. Nous sommes une agence qui doit lutter pour survivre, et pourtant il est important pour nous de comparaître pour prouver que notre modèle donne des résultats. Si nous avions des tas de collègues qui puissent consacrer tout leur temps à la formation, ce serait magnifique.

M. Cheng : On peut bien parler d'approche novatrice, mais elle prend beaucoup de temps à faire surface.

Par exemple, la notion que des clients fournissent des services de soutien à d'autres clients existe depuis 13 ans en Ontario, et pourtant notre niveau de financement n'a pas changé depuis 1997 ou 1998. Nous avons mené des études empiriques, et le ministère ontarien de la Santé a subventionné des études pour la SCHL. Toutes ces études démontrent que les initiatives des consommateurs-survivants sont efficaces et donnent des résultats. De plus, nous savons, de notre côté, que ce modèle donne des résultats s'il est associé de près au soutien par les pairs qui est offert dans les organisations ethnoraciales. Et pourtant, nous ne semblons jamais être en mesure de soutirer des fonds aux autorités. Nous aimerions bien pouvoir dire à celles-ci que nos programmes fonctionnent. Mais pourquoi faut-il qu'elles continuent à subventionner le Jour de la marmotte?

Il me semble illogique que notre système de soins de santé et son volet santé mentale dépendent non pas de ce que les gens veulent avoir comme service, mais plutôt de ce que les gens pensent que vous méritez.

Voilà toute l'histoire des services ethnoraciaux. On ne vous donne pas ce que vous voulez recevoir. On vous donne ce que d'autres pensent que vous méritez; et nous nous adressons à un auditoire qui a une perte d'ouïe aussi grande que la mienne!

Le sénateur Callbeck : Je peux assurément comprendre votre argument, car j'ai été associée de près à une famille vietnamienne qui a émigré dans ma province, à l'Île-du-Prince-Édouard. Je comprends donc ce que vous avez vécu par son intermédiaire.

Pour revenir à vos recommandations, Martha, vous dites vouloir prendre une part plus active dans le processus de prise de décisions et dans la planification des politiques. Vous avez mentionné une stratégie lancée par le gouvernement ontarien en 1995 qui a malheureusement fini sur les tablettes. Je suppose que vous ne savez pas quelles recommandations figuraient dans la stratégie.

Mme Ocampo : J'en ai une copie. Je peux vous la remettre. Je crois qu'il n'y avait pas de stratégie de mise en œuvre. Il ne faut pas oublier que, quand il est question de santé mentale et de services pour les toxicomanes, la question est évidemment politique. Tout dépend de la façon dont le gouvernement au pouvoir envisage la question. Je pense que cette stratégie a été élaborée pendant le mandat du gouvernement du Nouveau Parti démocratique, auquel avait succédé le gouvernement Harris, lequel avait pris une orientation tout à fait différente.

Je tiens quand même à rappeler l'importance de ce qui est dit quand les collectivités sont invitées à participer. Vous pourriez employer les mêmes mots que moi, mais il est très important pour

that it is not said by others. I think that is part of empowerment. People really feel that, "This is what I said and this is important to me."

When people are given an opportunity to participate, you must remember that new immigrants or refugees are trying to settle and will need certain accommodations in order for them to participate fully. If the issue is child care or transportation expenses, there are many things that you have to consider. I think of our position in society. If certain things are not available, the communities will not participate. For example, where would you the consultation? Would it be in a place where they would be comfortable?

For example, today, I have to be very honest and tell you that I feel very intimidated by this group — and I am one of the well-spoken people. However, I do not see me represented in this panel. This is an example of how important it is and the stress that is created. The mental health issues that come out of this are key. If you do not see yourself, you are a token person. Do you see yourself fully participating at the best of your capacity?

Mr. Chung: The implementation is key. Martha, Raymond and myself are token presenters to many task forces at many stages of their many reports. Over the last 23 years, I do not know how many presentations I have made. The latest report was the one prepared by the Toronto-Peel Mental Health Implementation Task Force. Where is it now? Mr. Michael Wilson spent three years doing the work, and the task force report is sitting somewhere. The three of us made the same presentation, maybe from different angles, but the fact that only three of us were involved again speaks volumes because we are also the only people who are being identified as representing the ethnocultural, the multicultural mental health system. That is not right. There are more than the three of us.

Senator Cochrane: Do you have a link, either through your cultural individuals or groups, with the Ontario health system? I know, Madam, you said that it was hard to get a hearing in the system, but do you have like a particular group or individuals that are — I used the word "gung-ho" at getting in and being heard?

Ms. Ocampo: We are well linked with the mental health system in Ontario. For example, we are part of the Federation of Mental Health and Addiction. We are linked with all the neighbourhood agencies. We are well linked, and they like us to be a part of them. All these other agencies must take responsibility to ensure that the population they serve, all the people in their area, are served appropriately.

We hear from a lot of the communities that they are not served appropriately. They might have been going to a doctor, they might have been going to a hospital, but they are not being served appropriately, so they end up in the revolving door until they

moi que je le dise moi-même, que ce ne soit pas dit par d'autres. C'est en partie ainsi qu'on acquiert son autonomie. C'est vraiment ce que les gens ressentent : « C'est ce que j'ai dit et c'est ce qui est important pour moi. »

Quand on donne aux gens l'occasion de participer, vous devez vous rappeler que les nouveaux immigrants ou les réfugiés s'efforcent de s'établir et auront besoin de certaines adaptations pour être en mesure de participer pleinement. S'il se pose un problème pour la garde d'enfants ou pour des frais de transport, bien des choses doivent être prises en considération. Je pense à notre position dans la société. Si certaines choses ne sont pas accessibles, les collectivités ne participeront pas. Par exemple où tiendriez-vous la consultation? Est-ce que ce serait à un endroit où ils se sentiraient à l'aise?

Par exemple, aujourd'hui, je dois être très honnête avec vous et vous dire que je me sens très intimidée par ce groupe — et je suis de celles qui arrivent à bien s'exprimer. Cependant, je ne trouve pas que je suis représentée ici. C'est un exemple de l'importance que cela a et du stress qu'on crée ainsi. Les problèmes de santé mentale qui en découlent sont cruciaux. Si on ne se voit pas, on est là que pour la forme. Sentez-vous que vous participez à votre plein potentiel?

M. Cheng : La mise en œuvre, c'est tout. Martha, Raymond et moi-même sommes des conférenciers symboliques à de nombreux groupes de travail lors des multiples étapes de leurs nombreux rapports. Au cours des 23 dernières années, je ne sais pas combien d'exposés j'ai présentés. Le dernier rapport était celui qui a été rédigé par le Toronto-Peel Mental Health Implementation Task Force. Où est-il maintenant? M. Michael Wilson a passé trois ans à faire le travail, et le rapport du groupe de travail attend quelque part. Nous trois avons présenté le même exposé, peut-être sous des angles différents, mais le simple fait que nous trois y ayons participé en dit encore là très long parce que nous sommes aussi les seuls à être considérés comme représentant le système de santé mentale multiculturel, ethnoculturel. Ce n'est pas acceptable. Il n'y a pas que nous trois.

Le sénateur Cochrane : Avez-vous des liens, soit par l'intermédiaire de membres de collectivités culturelles ou de groupes culturels, avec le système de santé de l'Ontario? Je sais, madame, que vous avez dit qu'il était difficile de se faire entendre dans le système, mais avez-vous par exemple un groupe particulier ou des individus qui sont — je dirais résolu à participer et à se faire entendre?

Mme Ocampo : Nous avons des liens solides avec le système de santé mentale de l'Ontario. Par exemple, nous faisons partie de la Federation of Mental Health and Addiction. Nous avons des liens avec toutes les agences de proximité. Nous avons de bons liens, et notre participation leur plaît. Toutes ces autres agences doivent agir de façon responsable pour s'assurer que la population qu'elles servent, tous les gens de leur secteur, soient servis adéquatement.

Nous entendons beaucoup parler de collectivités qui ne sont pas servies comme il se doit. Ces gens sont peut-être allés voir un médecin, et sont peut-être allés à l'hôpital, mais ils ne sont pas servis comme il se doit, et c'est alors pour eux la porte tournante

might hear from the community about Hong Fook or Across Boundaries, or there is a peer support group that is mainly Southeast Asian. If they do not have that, how is information passed along? If they do not speak the language and if there are no pamphlets are available, the information does not get to the communities.

We are always available, and at our expense. We have to attend all these meetings. We do not want to miss any meetings because we want to make sure that our voices are heard, but how many meetings can we go to?

Mr. Chung: We have networking with the other mental health agencies and hospitals. Again, they invited us as a token. When they are approached they say, "We have Raymond and Martha. What more do you want?"

There is also the question of service delivery. When they get referrals who cannot speak the language, they automatically send them to us. They are not fulfilling their responsibility. Excuse me for saying it, but we have been the dumping ground.

Mr. Cheng: There are times in the lives of patients when they need care and when they get care. I do not dispute that. They will even say that they are grateful for it. What happens to them, though, when they are past that stage and they understand the situation? They want to tell people what they want and they want to express their goals, but there is no one to understand them. There is no one to hear them.

Everybody just assumes that, after a patient has had the services that are available, they will be able to go back to the community. They are left looking for somebody that really understands where they are coming from, and that is where the community health system breaks down because at the end of the day, it is us, the three amigos, that they turn to. If you are not of the certain ethnoracial community and you are not lucky to find somebody in a helping field that is maybe not the mental health system, maybe is a settlement house, or maybe is a community mental health centre or some other kind of informal supports, well, gosh darn it, how are you going to improve your health status? It is as simple as that.

Senator Cochrane: Why are some ethnic groups funded and your groups are not?

Ms. Ocampo: There are no other ethnic groups in mental health or addiction.

Senator Cochrane: I do not know if it is of any consolation, but we have heard from people within the groups that have appeared before us, that full-time employment is very difficult because of the medication, because of health, going to see doctors and so on, so these people find mostly part-time work.

Tell me about your own system. Are you any better off in Canada, in regards to mental health, than you were back home? Is that an awful question to ask? If you do not want to answer that, fine.

jusqu'à ce que dans la collectivité ils entendent parler de Hong Fook ou de Across Boundaries, ou d'un groupe de soutien des pairs qui est majoritairement d'Asie du Sud-Est. Sans cela, comment l'information est-elle transmise? S'ils ne parlent pas la langue et s'il n'y a pas de feuillet d'information disponible, l'information ne parvient pas aux collectivités.

Nous sommes toujours disponibles, et à nos propres frais. Nous devons assister à toutes ces réunions. Nous ne voulons en manquer aucune parce que nous tenons à être entendus, mais à combien de réunions pouvons-nous assister?

M. Cheng : Nous avons établi des réseaux avec d'autres organismes et hôpitaux qui s'occupent de santé mentale. Bien sûr, ils nous ont invités à titre symbolique. Lorsqu'on fait des démarches auprès d'eux ils disent : « Nous avons Raymond et Martha. Que voulez-vous de plus? »

Il y a aussi la question de la prestation de services. Lorsqu'on leur renvoie des personnes qui ne parlent pas la langue, ils nous les envoient automatiquement. Ils ne s'acquittent pas de leurs responsabilités. Je m'excuse de le dire mais c'est sur nous qu'ils se déchargent de leurs responsabilités.

M. Cheng : Il arrive que les patients ont besoin de soins et qu'ils les obtiennent. Je ne le conteste pas. Ils diront même qu'ils en sont reconnaissants. Mais que leur arrivent-ils une fois qu'ils ont dépassé ce stade et qu'ils comprennent la situation? Ils veulent communiquer aux gens leurs désirs et leurs objectifs, mais personne ne les comprend. Il n'y a personne pour les écouter.

Tout le monde part simplement du principe qu'une fois qu'un patient a reçu les services disponibles, il pourra retourner dans la collectivité. Ils cherchent quelqu'un qui comprend vraiment leur situation et c'est là où le système de soins communautaires échoue parce qu'au bout du compte c'est vers nous, les trois copains, qu'ils se tournent. Si vous n'appartenez pas à une collectivité ethnoraciale particulière et que vous n'avez pas la chance de trouver quelqu'un dans un domaine d'aide qui n'est peut-être pas le système de santé mentale, mais peut-être une maison d'entraide ou un centre communautaire de santé mentale ou une autre forme quelconque d'aide informelle, comment alors allez-vous améliorer votre état de santé? C'est aussi simple que cela.

Le sénateur Cochrane : Pourquoi certains groupes ethniques reçoivent-ils une aide financière et pas vos groupes?

Mme Ocampo : Il n'existe aucun autre groupe ethnique dans le domaine de la santé mentale ou de la toxicomanie.

Le sénateur Cochrane : Je ne sais pas si cela pourra vous consoler, mais d'après certains témoins qui ont comparu devant nous, il est très difficile d'occuper un emploi à temps plein à cause des médicaments, à cause de l'état de santé, des rendez-vous chez le médecin et ainsi de suite. Donc ces personnes trouvent surtout du travail à temps partiel.

Parlez-moi de votre propre système. Pour ce qui est de la santé mentale, la situation est-elle meilleure au Canada qu'elle l'était dans votre pays? Est-ce que c'est une affreuse question à poser? Vous êtes libres de ne pas y répondre.

Mr. Chung: I cannot answer that because I have been a Canadian for the last 35 years, so I do not know what is happening back home.

Ms. Ocampo: I do not know which “back home” you are talking about because, for example, at Across Boundaries, we serve many people from the African continent. There is so much diversity among Southern Africans. We want to emphasize that the practices that are used by these communities are practices that have been used for many years, generations, for example, acupuncture. Yet, because of the biomedical model that we use, the Western approach, we are critical of that approach. There has to be an integration of these practices, but the way these practices should be recognized is in such a way that they are on an equal footing with the Western approach because they have their own merits.

All of you know that acupuncture has been used for centuries. Ayurveda is a very old form of medicine that still today is being practised by many people, but is not recognized by our system. As a result, when people want to access an Ayurvedic doctor or an acupuncturist, they have to pay for it out of their own pockets, and the people that we are seeing are all mostly on social assistance or in difficult financial situations, so most likely, they will not be able to access those things. Then they are forced to see a Western medical service where very often, there is some kind of labelling, wrong diagnosis, because certain assumptions are made.

After September 11, certain assumptions were made that most of us were part of that whole September 11 terrorist attack. We receive people who are severely psychotic and are running away from the RCMP. They think that somebody is after them. Now, you are not sure whether it is true or not.

They are being labelled psychotic and they are given medications galore. Sometimes you just have to sit down with them and find out exactly why they are thinking that way. They have been watching TV, the media, they open the newspaper, it is all about them, and so it adds all adds up.

Where does that person turn? The people who try to help them may not be familiar with medical terminology or with pharmaceuticals. I think training is very important. Now we are training people in the Western medical approach, continuously.

Senator Cochrane: We are learning about acupuncture, herbal remedies and so on from our Asian population. I think the healing power of some of these substances is wonderful. I spread the word about things that have helped me.

Senator Pépin: I would say to Raymond that I do understand you when you say that ill people have a hard time finding medical staff to speak to them in their own language. I have not

M. Cheng : Je ne peux pas répondre à cette question parce que je suis Canadien depuis 35 ans et j'ignore par conséquent la situation qui existe dans mon pays.

Mme Ocampo : Je ne sais pas de quel pays vous parlez parce que par exemple à Across Boundaries, nos services s'adressent à un grand nombre de personnes provenant du continent africain. Il y a énormément de diversités parmi les Africains de l'Afrique australe. Nous tenons à souligner que les méthodes utilisées par ces collectivités sont utilisées depuis des années, depuis des générations, comme par exemple l'acupuncture. Pourtant, en raison du modèle biomédical que nous utilisons, l'approche occidentale, cette approche est critiquée. Il faut que l'on intègre ces méthodes mais il faut qu'on les considère sur le même pied d'égalité que l'approche occidentale parce qu'elles présentent leurs propres avantages.

Comme vous le savez tous, l'acupuncture est utilisée depuis des siècles. L'ayurveda est une forme ancienne de médecine qui est encore exercée aujourd'hui par un grand nombre de personnes, mais qui n'est pas reconnue par notre système. Par conséquent, lorsque des gens veulent consulter un médecin ayurvédique ou un acupuncteur, ils doivent les payer de leur poche, et les personnes que nous voyons dépendent pratiquement toutes de l'aide sociale ou connaissent des situations financières difficiles, il est donc très probable qu'elles ne seront pas en mesure d'avoir accès à ce genre de service. Elles sont alors obligées d'avoir recours aux services médicaux occidentaux car très souvent, on les étiquette ou on fait de faux diagnostics à partir de certaines hypothèses.

Après les événements du 11 septembre, on a avancé certaines hypothèses selon lesquelles la plupart d'entre nous avaient participé aux attaques terroristes du 11 septembre. Nous recevons des personnes gravement psychotiques qui fuient la GRC. Elles pensent qu'elles sont poursuivies. On n'est pas sûr si ce qu'elles disent est vrai ou non.

Ces personnes sont désignées psychotiques et se voient administrer une foule de médicaments. Parfois, il suffit simplement de prendre le temps de leur parler pour déterminer précisément pourquoi elles raisonnent ainsi. Elles ont regardé la télévision, lu les journaux et on parle d'elles partout, et tout finit par s'expliquer.

Vers qui cette personne se tourne-t-elle? Ceux qui essaient de les aider ne connaissent peut-être pas la terminologie médicale ni les produits pharmaceutiques. Je considère que la formation est très importante. À l'heure actuelle, nous sommes en train de former des gens à l'approche médicale occidentale, de façon constante.

Le sénateur Cochrane : Nous nous sommes familiarisé avec l'acupuncture, les remèdes à base de plantes médicinales et ainsi de suite grâce à notre population asiatique. Je considère que le pouvoir de guérison de certaines de ces substances est merveilleux. J'ai fait savoir autour de moi les remèdes qui m'ont aidé.

Le sénateur Pépin : Je tiens à dire à Raymond que je le comprends lorsqu'il dit que les personnes malades ont de la difficulté à trouver du personnel médical à qui parler dans leur

experienced that problem because I am from Montreal, but if I were to fall ill in another province, I would want to be able to express myself in my own language.

You started to speak about alternative forms of medicine. Perhaps you could elaborate. Which group offers those services? Can an individual go to your clinic and receive alternative forms of treatment?

If I understood correctly, those services are not covered by OHIP. If there were, do you think that they would be used more often?

Ms. Ocampo: I was talking about a holistic approach. When we say "holistic approach," we would use different approaches that would be effective for an individual. For example, when we use acupuncture, that is not the only treatment involved. We could offer many programs that would complement another treatment. Even acupuncturists will not just administer acupuncture alone. They will provide lifestyle counselling. They will work with the client and say, for example, "If you want to stop smoking, we cannot just give you acupuncture; you have to change your lifestyle." Examples of that are yoga, meditation, and we use a community kitchen to be able to address both nutrition as well as financial aspects. People come to the centre because they will be able to have one good, full meal. That addresses both the financial as well as the nutritional sides.

We look at current events, which is news, but we know that the news is often biased. The people who are disempowered or marginalized need to have a voice. They need to be able to express an opinion. You may ask: What has this to do with mental health? It has a lot to do with mental health because, if I have a voice, I will feel confident that there is something that I am saying that is worthwhile. Those things do not come into play when you are talking about a biomedical model.

I think you need a combination of all of this. You cannot just use herbal medicine and you cannot just use medication. You must address all the issues that people are facing. If the main issue is housing, then that may be the first issue to address because they may be facing eviction.

Mr. Chung: There are different forms of traditional medicine methods. Cambodian women, for example, have gone through war, and they suffer from post-traumatic stress and whatnot. They tell us that they do not want therapy. They say they do not need. They say, "Just give me the chance to, once a month, come in and dance." Dance is the treatment. They will get together and dance for two hours and then they go home and have another good month.

Our Chinese men and Chinese seniors have a group whereby they just come in and talk. Sometimes they might do some line dance, or Tai Chi and whatnot, but there is mutual support. The isolation is broken. They are able to be with others. Those are the important, non-medical models that Martha and I have been

propre langue. Je n'ai pas connu ce problème parce que je suis de Montréal, mais si je devais tomber malade dans une autre province, je voudrais pouvoir m'exprimer dans ma propre langue.

Vous avez commencé à parler de médecines douces, pourriez-vous nous donner un peu plus de détails. Quels sont les groupes qui offrent ces services? Une personne peut-elle se rendre à votre clinique et recevoir des traitements de médecine douce?

Si j'ai bien compris, ces services ne sont pas remboursés par OHIP. S'ils l'étaient, croyez-vous qu'on y aurait recours plus souvent?

Mme Ocampo : Je parlais d'une approche holistique. Lorsque nous parlons d'une approche holistique, il s'agirait d'utiliser différentes approches qui seraient efficaces dans le cas d'une personne. Par exemple, lorsque nous utilisons l'acupuncture, ce n'est pas le seul traitement que nous administrons. Nous pouvons offrir de nombreux programmes qui complèteraient un autre traitement. Même les acupuncteurs ne se contentent pas de faire de l'acupuncture. Ils offrent aussi du counselling en mode de vie. Ils travaillent avec les clients et ils diront, par exemple : « Si vous voulez cesser de fumer, nous ne pouvons pas simplement vous faire un traitement d'acupuncture; vous devez modifier votre mode de vie. » Nous offrons aussi du yoga, de la méditation, et nous avons une cuisine communautaire qui nous permet d'aborder les aspects qui se rattachent à la nutrition et aux finances. Les personnes viennent au centre parce qu'elles pourront y recevoir un bon repas complet. Cela permet donc de répondre à leurs besoins financiers autant qu'alimentaires.

Nous suivons l'actualité, les nouvelles, mais nous les savons tendancieuses. Les personnes tenues à l'écart du pouvoir ou marginalisées ont besoin de se faire entendre. Elles doivent pouvoir exprimer une opinion. Vous pouvez demander : qu'est-ce que cela a à voir avec la santé mentale? Cela a beaucoup à voir avec la santé mentale parce que si je me fais entendre, je serais sûre que ce que je dis est valable. On ne tient pas compte de ce genre de choses dans le cadre d'un modèle biomédical.

Je crois qu'il faut conjuguer tous ces aspects. On ne peut pas simplement utiliser des remèdes à base de plantes médicinales ou simplement des médicaments. Il faut donner suite à tous les problèmes auxquels les gens font face. Si le principal problème, c'est le logement, alors c'est peut-être le premier problème dont il faut s'occuper parce que ces personnes risquent d'être expulsées de leur logement.

M. Chung : Il existe différentes formes de méthodes médicales traditionnelles. Les femmes cambodgiennes, par exemple, ont connu la guerre et souffrent de stress post-traumatique. Elle nous disent qu'elles ne veulent pas de thérapie. Elles disent ne pas en avoir besoin. Elles disent : « Donnez-moi simplement la possibilité, une fois par mois, de venir ici et de danser », la danse est le traitement. Elles se réunissent et dansent pendant deux heures puis rentrent chez elles et vont bien pendant un autre mois.

Nos compatriotes chinois et les aînés chinois ont un groupe avec lequel ils se réunissent simplement pour parler. Parfois ils font de la danse de groupe, du tai chi ou quoi que ce soit, mais il existe un soutien mutuel. Ils ne sont plus isolés. Ils peuvent se réunir avec d'autres personnes. Ce sont les modèles non médicaux

talking about. It need not be an acupuncture needle or herbs. It could be simple dancing. Just give them some music. We do not need to do anything. That is the kind of simple support that we are able to provide.

Mr. Cheng: To follow up on what Raymond has said, what people need sometimes is a safe and comfortable place, open at hours they want, accessible to their needs, and having a feeling of community and sharing food, talking to one another, laughing together, and helping one another. Unfortunately, here in Ontario, that does not constitute billable hours, so we do not get the kind of financial support that we need, but it is just as valid and just as helpful.

Senator Cook: Thank you very much for coming, and I, too, would seek your wisdom in helping me to understand this. The first shock of the morning, and Mr. Chair, you will agree with this, was the recognition that I come from a province with the same population as the population that you serve in this Greater Toronto area, so it is difficult for me to understand the situation.

I would be interested in knowing in that community of a half million people the size of your client population. We are trying to understand the subject for which we are attempting to create a model. You can call it holistic or you can call it integrated. We talk about seamless delivery, and I do not know how in the name of common sense we will ever get to the seamless delivery of a complex service or be able to focus on the well-being of the individual.

You talk about early intervention, and we have about all those elements from many different panels and groups. What I have heard from you this morning is an added element which I think will help me personally, and I hope the committee, and that is a strong sense of community.

As long as the immigration policy, in Canada, is open doors, we will be always coping with language. When people are second, third and fourth generations from immigrants, the language issue will fade. However, your service will always involve a revolving door when it comes to language. I think you will always have that need.

You talk about self-help, promotion, family initiatives, as do most of the witnesses who have appeared before us.

I heard a new word this morning. I am referring to the stigma attached to the word "newcomer." I had not heard that before. I have heard of the stigma attached to language and culture; and I have heard of racism.

et importants dont Martha et moi-même avons parlé. Il n'est pas nécessaire que ce soit de l'acupuncture ou des herbes médicinales. Il peut s'agir tout simplement de danse. De jouer simplement de la musique. Il n'est pas nécessaire que nous fassions quoi que ce soit. C'est le genre de soutien simple que nous sommes en mesure d'offrir.

M. Cheng : Pour enchaîner sur ce que Raymond a dit, ce dont les gens ont besoin, c'est d'un endroit sécuritaire et confortable, ouvert aux heures qui leur conviennent, qui répondent à leurs besoins, et d'avoir un sentiment de communauté, de manger ensemble, de se parler, de rire ensemble et de s'entraider. Malheureusement, ici en Ontario, cela ne constitue pas des heures facturables, donc nous n'obtenons pas le genre d'aide financière dont nous avons besoin, mais il s'agit d'un service tout aussi valable et tout aussi utile.

Le sénateur Cook : Je tiens à vous remercier de vous être joints à nous et moi aussi j'aimerais faire appel à votre sagesse pour que vous m'aidiez à comprendre ce qui suit. Ce qui m'a d'abord étonné ce matin, et je pense que vous serez d'accord avec moi, monsieur le président, c'est de constater que je viens d'une province qui compte la même population que la population que vous desservez dans la région du Grand Toronto, donc il m'est difficile de comprendre la situation.

J'aimerais savoir, dans cette collectivité d'un demi-million de personnes, quelle est la taille de votre clientèle. Nous tâchons de comprendre le sujet pour lequel nous nous efforçons de créer un modèle. Vous pouvez le qualifier d'holistique ou vous pouvez le qualifier d'intégré. Nous parlons de prestation uniforme, et j'ignore comment nous pourrions logiquement parvenir à assurer la prestation uniforme d'un service complexe ou mettre l'accent sur le bien-être de la personne.

Vous parlez d'intervention précoce, et nous avons entendu un grand nombre d'éléments des différents groupes qui ont comparu devant nous. Ce matin, j'ai entendu un élément d'information nouveau qui, je crois, va m'aider personnellement et aidera, j'espère, le comité, à savoir un sentiment solide d'appartenance à la collectivité.

Tant que la politique d'immigration au Canada sera une politique de portes ouvertes, nous nous débattons toujours avec le problème de la langue. Lorsqu'il s'agira d'immigrants, de la deuxième, troisième et quatrième génération, le problème de la langue disparaîtra graduellement. Cependant, votre service devra toujours tenir compte de cet aspect linguistique. Je crois que c'est un besoin qui demeurera.

Vous parlez d'entraide, de promotion, d'initiatives familiales, comme la plupart des témoins qui ont comparu devant nous.

Ce matin, j'ai entendu un nouveau mot. Je parle du préjugé qui se rattache à l'expression « nouvel arrivant ». Je n'en avais pas entendu parler auparavant. J'avais entendu parler du préjugé qui se rattache à la langue et à la culture; et j'avais entendu parler de racisme.

I smiled when Raymond referred to his problems as “going through a hard time.” I come from Newfoundland, and often as not, we are always going through a hard time, one way or another.

You talk about appropriate caregivers, appropriate meditation and appropriate peer support. The word “appropriate” takes on a whole new meaning depending on who I listen to. You say you want to work. The goal of all of us is to build a better place in Canada. We all feel it is a pretty good country.

However, through all of that I hear you saying that the system is giving to this client population what it “believes” it needs, rather than consumers, the clients getting from the system that which they need.

With the permission of my colleagues, I would say to you, Martha, that we are ordinary people undertaking a very extraordinary task, and we need the help of all of you. We need your understanding and, as for me, I need your patience.

I would like Raymond to comment on the medical model which, I think is multi-faceted. Somewhere along the continuum, with all the care that your agency provides, there may be a need for medical intervention. Would you comment on that?

Mr. Chung: Because we are not funded to administer treatment does not mean that we are not using a medical model. As a continuum, it is working alongside. We know that a good number of patients require medication and they will see the doctor or psychiatrist. However, there are complementary kinds of activities that I am trying to promote. All along, we have been talking about the medical model alone, and in many of our communities, that will not work. The community support has to be built in.

If you are sick, you get the service, you get the medical treatment. The community and the family members are not getting support. Then, without family or community support, the patient is isolated. The patient can only get the medicine or the top therapy. The other supports have to be built in. Building the communities is important because, if the communities can provide support to the families and to the individual patients, they do not need to go to service organizations as much. They are kind of mutually complementary to each other.

In the Asian culture, family is still the most important support, but the stigma attached to mental illness crosses cultures. Is it higher in Asian culture? I am not sure. They are not well informed. I can guarantee that there are patients who are not getting any form of assessment and treatment because the family does not feel comfortable exposing the fact that the family member is sick.

Mr. Cheng: In response to what you say, I will reply with a general statement. As someone who emigrated to Canada at age six, just in time for Pierre Elliott Trudeau to become Prime Minister, my perception of what it means to be in a community of

J’ai souri lorsque Raymond, en parlant de ses problèmes, a dit qu’il avait traversé une période difficile. Je viens de Terre-Neuve et nous sommes toujours en train de traverser une période difficile, d’une façon ou d’une autre.

Vous avez parlé du personnel soignant approprié, des médicaments appropriés et d’un soutien approprié de la part des pairs. La définition du terme « approprié » varie d’un témoin à l’autre. Vous dites que vous voulez travailler. Notre objectif à tous est de nous tailler une meilleure place au Canada. Nous considérons tous qu’il s’agit d’un assez bon pays où vivre.

Cependant, ce que je vous entends dire, c’est que le système donne à sa clientèle ce dont il « croit » qu’elle a besoin, au lieu que les consommateurs, les clients obtiennent du système ce dont ils ont besoin.

Avec la permission de mes collègues, je vous dirais, Martha, que nous sommes des gens ordinaires en train d’entreprendre une tâche très extraordinaire, et que nous avons besoin de l’aide de chacun d’entre vous. Nous avons besoin de votre compréhension et, dans mon cas, j’ai besoin de votre patience.

J’aimerais que Raymond commente le modèle médical qui, à mon avis, comporte de multiples facettes. À un certain stade du processus, compte tenu de l’ensemble des soins que fournit votre organisme, une intervention médicale peut s’avérer nécessaire. Pourriez-vous nous fournir vos commentaires à ce sujet?

M. Chung : Le fait que nous ne soyons pas subventionnés pour administrer des traitements ne signifie pas que nous n’utilisons pas un modèle médical. Cela se fait en parallèle. Nous savons qu’un bon nombre de patients doivent prendre des médicaments et ils consulteront le médecin ou le psychiatre. Cependant, il existe des types d’activités complémentaires que je tâche d’encourager. Tout au long de cette discussion, nous avons parlé uniquement du modèle médical, et dans bien de nos collectivités, cela ne fonctionne pas. Il faut intégrer le soutien communautaire.

Si vous êtes malade, vous recevez le service, vous recevez le traitement médical. La collectivité et les membres de la famille ne reçoivent pas d’aide. Alors, sans le soutien de sa famille ou de sa collectivité, le patient se trouve isolé. Le patient ne peut recevoir que le traitement médical ou la meilleure thérapie. Il faut intégrer les autres formes de soutien. Il est important de bâtir les collectivités car si les collectivités peuvent offrir un soutien aux familles et aux patients, ils n’auront pas besoin de s’adresser à des organisations de services comme la nôtre. Il s’agit de formes de soutien mutuellement complémentaires.

Dans la culture asiatique, la famille demeure le soutien le plus important, mais les préjugés qui se rattachent à la santé mentale recoupent toutes les cultures. Est-il plus fort dans la culture asiatique? Je n’en suis pas sûr. Ils ne sont pas bien informés. Je peux vous garantir qu’il y a des patients qui ne sont ni évalués ni traités parce que la famille craint que l’on apprenne qu’un de ses membres est malade.

M. Cheng : En réponse à ce que vous dites, je ferai une déclaration générale. En tant que personne qui a immigré au Canada à l’âge de six ans, au moment même où Pierre Elliott Trudeau est devenu premier ministre, ma perception de ce que

Canadians as a visible minority is considerably different from the people that I have worked with, that is, those who arrived in Canada later, who do not have the same familiarity with mainstream culture and our two official languages.

That being said, I believe that the health care system, not just the mental health care system, needs to practice what it preaches which is being patient-centered. I speak, I think, on behalf of all of us when I say that we want patient-expressed needs to be served and understood. That is pretty much a universal message that we all can understand. I am not a genius. I do not know how we get there. That is for you folks to decide.

The Chairman: I thank all of you for coming. The committee appreciates you taking the time to be with us this morning.

Senators, I would welcome our next panel of service providers. We have with us Mr. Steve Lurie, the Executive Director of the Canadian Mental Health Association in Toronto. I have already spent an evening picking his brain on a few issues. We also have Dr. Paul Links, a professor of psychiatry at the University of Toronto, but who is really here on behalf of the Canadian Association for Suicide Prevention; and Gordon Milak, who is with the VON in Middlesex-Elgin. Thank you all for being here. I think you know the format. I will ask Steve to begin.

Mr. Steve Lurie, Executive Director, Canadian Mental Health Association (Toronto Branch): Thank you, Senator Kirby and members of the Senate committee.

The first thing I want to thank you for is allowing Pat Capponi to wear a hat the other day. You would not have heard her stories had she had to take it off. Much of what she and her colleagues had to say is the message that I think all of us, whether we are service providers or community representatives, want you to take away.

I also want to say that the first three volumes of your report are just magnificent. I think you have got it. The challenge going forward, and it is probably the biggest challenge, is to create a report that the whole country will move on because just writing a good report is not good enough. We have to generate the political and bureaucratic will that has been lacking.

I would start by providing some historical reflection, because I think that helps you with your argument. In 1963, the Canadian Mental Health Association said the following about mental health services in its report *More for the Mind*:

In no other field except perhaps leprosy has there been as much confusion, misdirection and discrimination against the patient, as in mental illness... Mental illness even today is all too often considered a crime to be punished, a sin to be

signifie le fait d'appartenir à une collectivité de Canadiens en tant que minorité visible diffère nettement de celle des personnes avec qui j'ai travaillé, c'est-à-dire celles qui sont arrivées au Canada plus tard, qui ne connaissent pas aussi bien la culture dominante ni nos deux langues officielles.

Cela dit, je crois que le système de soins de santé, et pas simplement le système de soins de santé mentale, doit mettre en pratique ce qu'il prêche, c'est-à-dire qu'il doit être axé sur le patient. Je crois parler au nom de chacun d'entre nous lorsque je dis que nous voulons que l'on réponde aux besoins exprimés par les patients et qu'on les comprenne. Cela représente un message universel que nous pouvons tous comprendre. Je ne suis pas un génie, j'ignore comment nous pouvons y parvenir. C'est à vous d'en décider.

Le président : Je tiens à vous remercier tous d'être venus. Le comité vous est reconnaissant d'avoir pris le temps de vous joindre à nous ce matin.

Chers collègues, j'accueille le prochain groupe de fournisseurs de services. Nous accueillons M. Steve Lurie, directeur exécutif de l'Association canadienne pour la santé mentale de Toronto. J'ai déjà passé une soirée à faire appel à ses lumières sur un certain nombre de questions. Nous accueillons également M. Paul Links, professeur de psychiatrie à l'Université de Toronto, mais qui comparaît ici en fait au nom de l'Association canadienne pour la prévention du suicide; et Gordon Milak, qui fait partie de l'Ordre des infirmières de Victoria à Middlesex-Elgin. Je tiens à vous remercier tous d'être ici. Je pense que vous connaissez la formule. Je demanderai à Steve de commencer.

M. Steve Lurie, directeur exécutif, Association canadienne pour la santé mentale (bureau de Toronto) : Je vous remercie, sénateur Kirby et membres du comité sénatorial.

Je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir permis à Pat Capponi de porter un chapeau l'autre jour. Vous n'auriez pas entendu ce qu'elle avait à dire si elle avait dû l'enlever. Une bonne partie de ce qu'elle a dit et de ce que ses collègues ont dit représente le message que chacun d'entre nous, à mon avis, que nous soyons des fournisseurs de services ou des représentants de la communauté, voulons vous transmettre.

Je tiens aussi à dire que les trois premiers volumes de votre rapport sont formidables. Vous avez tout compris. Le défi que nous devons relever, et c'est probablement le plus grand, c'est de créer un rapport qui motivera tout le pays, car rédiger un bon rapport ne suffit pas. Nous devons susciter la volonté politique et bureaucratique qui manque.

J'aimerais faire d'abord quelques réflexions d'ordre historique car cela pourrait étayer vos arguments. En 1963, l'Association canadienne pour la santé mentale a dit ce qui suit sur les services de santé mentale dans son rapport *Au service de l'esprit* :

Dans aucun autre domaine, sauf peut-être la lèpre, y a-t-il autant de confusion, d'erreurs et de discrimination à l'endroit du patient que dans celui de la maladie mentale [...] Même aujourd'hui la maladie mentale est trop souvent

expiated, a possessing demon to be exorcised, a disgrace to be hushed up, a personality weakness to be deplored, or a welfare problem to be handled as cheaply as possible.

Written over 40 years ago, these words support the need for an anti-stigma campaign and a legislative guarantee of access to mental health treatment and support services in federal and provincial legislation.

Twenty years ago, I was asked to do a review of *More for the Mind*, and the following observations were made after reviewing the evidence that was available at that time from Statistics Canada, which used to compile mental health statistics nationwide. They do not do that much any more. The observations included the fact that Canadians are making more use of mental health services than ever before, the bulk of these services are hospital-based, and the transfer of resources that was to accompany deinstitutionalization has not occurred. That was in 1984.

Since all that was written, all provinces have embarked on mental health reform with what we would have to acknowledge are mixed results, and the observations of 20 and 40 years ago are still relevant today.

I understand that Senator Kirby met Bev Leiber, who talked about the Graham report, which was probably the first beginning of a provincial mental health strategy. I found what I think is the only one in Ontario. I have made a copy of it for you.

Reflecting on the Graham report, because I had the privilege of helping Bob Graham write it in 1988, the glass was half full then and, despite some promising developments, it is still half full. We have not got there yet.

If you refer to the second report on the *Health Care of Canadians: Toward a Healthy Future*, they identified that, just 10 years ago, Canadians spent 15 million days in psychiatric facilities — more than heart disease and cancer combined — and that was despite the availability of knowledge and service technology that could reduce hospitalization by 80 to 90 per cent.

As you have probably heard from other witnesses, the problem of access to care is still a huge one. Anywhere from 50 to 75 per cent of the population suffering from mental illness do not get care, either in a timely way or they do not get it at all, and that creates a huge problem. It is one reason why we have to generate that political and bureaucratic will to move the mile posts as places like New Zealand have and Canada has not.

This was the first report to set out planning objectives. It is a model for a mental health plan that you would want each province to produce; but where it falls short is that the subsequent governments that continued the bipartisan agreement to do something about mental health care were never able to specify specific spending objectives, service targets and support targets, and so the will declined.

considérée comme un crime qui doit être puni, un péché qu'on doit expier, un démon qu'on doit exorciser, une tare qu'on doit cacher, une faiblesse qu'on doit déplorer ou un problème social qu'on doit régler en dépensant le moins possible.

Ces mots, écrits il y a plus de 40 ans, plaident en faveur d'une campagne contre la stigmatisation et de garanties législatives pour l'accès à des soins en santé mentale et à des services de soutien dans les lois fédérales et provinciales.

Il y a 20 ans, on m'a demandé de passer en revue *Au service de l'esprit*, et j'ai fait les observations suivantes après avoir examiné les informations disponibles à l'époque de Statistique Canada qui compilait alors des données nationales sur la santé mentale, ce qu'il ne fait plus vraiment. J'ai alors constaté que les Canadiens se prévalaient des services en santé mentale plus que jamais, que la majorité de ces services étaient offerts dans les hôpitaux et que le transfert des ressources qui devaient accompagner la désinstitutionnalisation ne s'était pas produit. C'était en 1984.

Depuis lors, les provinces ont institué une réforme de la santé mentale qui a donné ce que nous devons appeler des résultats mitigés. Les observations faites il y a 20 et 40 ans sont encore pertinentes.

Je crois savoir que le sénateur Kirby a rencontré Bev Leiber, qui lui a parlé du rapport Graham, probablement la première étape d'une stratégie provinciale en santé mentale. J'ai trouvé ce que je croyais être le seul exemplaire disponible en Ontario et je vous en ai fait une copie.

J'ai eu le privilège d'aider Bob Graham à rédiger son rapport en 1988; à l'époque, nous voyions le verre comme étant à moitié plein et, en dépit de certains événements prometteurs, il l'est toujours. Il n'est toujours pas plein.

Dans le second rapport intitulé *Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, on indique que, il y a à peine 10 ans, les Canadiens avaient passé 15 millions de jours dans des hôpitaux psychiatriques — plus que pour les maladies cardiovasculaires et le cancer combinés — en dépit du fait qu'il y avait des connaissances et des technologies de service qui auraient pu réduire l'hospitalisation de 80 à 90 p. 100.

Comme d'autres témoins vous l'ont probablement dit, le problème de l'accès aux soins est encore énorme. De 50 p. 100 à 75 p. 100 de la population souffrant de troubles mentaux n'obtient pas de traitement ou ne l'obtient pas à temps, ce qui provoque beaucoup de difficulté. Voilà pourquoi, entre autres, nous devons susciter la volonté politique et bureaucratique qui nous permettra de progresser jusqu'où s'est rendue la Nouvelle-Zélande, là où le Canada n'est pas encore.

C'était le premier rapport à établir des objectifs de planification. C'est un modèle pour tout plan de santé mentale qu'on devrait exiger des provinces, mais il n'a pas permis aux gouvernements subséquents qui ont poursuivi l'accord bipartite sur la santé mentale de prévoir des objectifs de dépense précis, ainsi que des buts précis en matière d'appui et de service. Par conséquent, le peu de volonté qui existait alors s'est effrité.

For example, here in Ontario today, we are fortunate that between federal and provincial funding over the next five years, \$185 million will be added to community mental health funding. That is impressive, but it represents only about 12 per cent of the estimated price tag which was put together by the Provincial Mental Health Task Forces chaired by Michael Wilson and colleagues in the last couple of years.

What do we need? We need a mental health reform strategy with the following elements: Each province and territory should develop mental health plans with a 10-year horizon, specific performance objectives, committed funding, in other words, new money coming in every year, and ring fencing of existing mental health resources, and as you have heard from the previous speakers, this has to provide both access to treatment and access to the supports that people need to get a home, a job, a friend and opportunities to participate in the community.

I would estimate, taking the provincial figure of \$1 billion that was developed by the provincial task forces here, that probably across the country we need a commitment of at least \$3 billion, so the good news is that it is less than daycare, but the bad news is, not many of us expect we will ever see it in our lifetime.

Just to give you an example of that, it has taken 20 years in Toronto to develop 2,000 supportive housing units, even though we know today we need another 3,200. Does that mean we are going to have to wait 30 years for those to come on stream? There really does need to be definitive plans by each province and a coordinated plan on the part of the federal government.

The federal government itself should develop a plan that includes funding for supportive housing, employment, and mental health services to immigrants and refugees that would be available to community groups, provinces and territories. The reason I state it in that way is that I think when people need service, they do not care where the funding comes from. This is where I think the communities come in. I think of the Healthy Communities movement, the City of Toronto urban alliance which has said, "Fund communities to move forward. Yes, create pooled fundings, but do not get hung up in provincial jurisdictions."

For example, "After the Door Has Been Opened," which was a landmark report on the mental health of immigrants and refugees, called for action by all levels of government, and I think to be fair, what we ended up doing is closing the door rather than opening it.

The federal government does not provide sufficient resources to meet the mental health needs of immigrants and refugees and, if you refer to the recent report on the health of immigrant women, the paradox is, the longer that immigrant women are in the country, the worse their health becomes. While this report did not zero in on mental health, one could assume that significant problems in that area emerge over time. Yet, the way the federal government funds settlement services,

Ainsi, à l'heure actuelle en Ontario, nous avons la chance de pouvoir compter sur le fait que les gouvernements fédéral et provincial consacreront 185 millions de dollars de plus aux soins de santé mentale communautaires au cours des cinq prochaines années. C'est impressionnant, mais cela ne représente qu'environ 12 p. 100 du prix approximatif selon les groupes de travail provinciaux sur la santé mentale présidés par Michael Wilson et ses collègues ces dernières années.

Que nous faut-il? Il nous faut une stratégie de réforme en matière de santé mentale qui comprennent les éléments suivants : Chaque province et territoire devra se doter d'un plan quinquennal en santé mentale prévoyant des objectifs de rendement précis, un financement garanti, c'est-à-dire l'injection de fonds nouveaux chaque année, et la protection des ressources existantes en santé mentale, et ce, comme les témoins précédents vous l'ont dit, pour permettre l'accès au traitement et l'accès au soutien dont on a besoin pour trouver un logement, un emploi, des amis et des occasions de participer à la vie de la collectivité.

En partant du chiffre de deux milliards de dollars établi par les groupes de travail provinciaux, je dirais que pour tout le pays, il faudrait engager au moins trois milliards de dollars. Ce qui est bien, c'est que c'est moins que pour les garderies, mais ce qui est moins bien, c'est que bon nombre d'entre nous ne s'attendent pas à voir l'affectation d'une telle somme avant leur mort.

Je vous donne un exemple. Toronto a pris 20 ans pour construire 2 000 unités de logements avec services de soutien et nous savons aujourd'hui qu'il nous en faudrait 3 200 de plus. Cela signifie-t-il que nous devons attendre 30 ans pour les obtenir? Il faut absolument que chaque province ait un plan ferme et que le gouvernement fédéral ait un plan de coordination.

Ottawa devrait dresser un plan comprenant le financement du logement avec des services de soutien, des services d'emploi et des services en santé mentale pour les immigrants et les réfugiés qui seraient offerts aux groupes communautaires, aux provinces et aux territoires. Je formule ainsi ma demande parce que quand les gens ont besoin de services, peu leur importe qui les paie. Voilà pourquoi j'estime que les collectivités peuvent apporter leur contribution. Je pense plus particulièrement au mouvement Villes et villages en santé et à l'alliance urbaine de la ville de Toronto qui réclament des fonds pour les collectivités et l'octroi d'un financement commun et qui fait fi des compétences provinciales.

Le rapport « After the Door Has Been Opened », rapport qui a fait date sur la santé mentale des immigrants et des réfugiés, réclamait des mesures de tous les ordres de gouvernement. En fait, plutôt qu'ouvrir la porte, nous l'avons fermée.

Le gouvernement fédéral ne fournit pas suffisamment de ressources pour répondre aux besoins en santé mentale des immigrants et des réfugiés et, d'après le plus récent rapport sur la santé des immigrants, ce qui est paradoxal, c'est que la santé des immigrantes se détériore plus elles passent du temps au Canada. Ce rapport n'a pas ciblé la santé mentale, mais on pourrait présumer qu'avec le temps, les immigrants finissent par connaître des problèmes importants à cet égard. Pourtant, le gouvernement

no money is allocated to work in the area of immigrant and refugee mental health.

We have a report in this community which centred around the needs of French-speaking people with mental health problems. It is a wonderful report, published by the Toronto District Health Council which is going out of existence on March 31. Hopefully, you will still be able to get the report, which was called *I Only Have the Words In French*. There are stories from consumers who talked about the barriers that people face when they cannot express their mental health issues in their own language. The problems are huge. We have to do a lot more in that area.

The third point would be that federal, provincial and territorial governments need to collaborate to improve services to people experiencing mental illness who are involved with the criminal justice system. I understand that some members of the committee may be interested in that. I chair the Toronto Mental Health and Justice Coordination Committee, so while I will not belabour my opening remarks with points on that, I am certainly prepared to answer questions.

The fourth point would be provincial, federal and territorial governments should collaborate to increase funding for mental health services evaluation — and you have identified this in your report — and work with community mental health services and universities to develop research partnerships.

A good model for this is the Community Mental Health Evaluation Initiative that was developed here in Ontario. I think we would not even have to change the acronym, CMHEI. It could be called the Canadian Mental Health Evaluation Initiative. I urge you to seriously consider that.

The fifth point is that funding should be directed at improving access to treatment and community mental health services and focus on improving connections at the front line, rather than organizational restructuring. I am certainly happy to address that at length. I have shared with the committee a number of papers I have written on the subject, but you get a seamless system by making it easy for people to connect, and as people in the Somali community would tell you, if you talked to them, in Scarborough where we provide services, it is not necessarily a direct link.

Our experience is that, if somebody is having mental health difficulties, he or she will call our worker to access the care, and our worker might be the first point of entry, the person who will hook the consumer up with a physician, who will hook him or her up with a psychiatrist as well as the alternative types of supports the worker identifies that the consumer needs.

A triage system that is hospital-based will not work for some communities. Therefore, you need both elements. You need a better organized system at the front line, but you need flexibility

fédéral finance les services d'établissement de façon telle qu'aucune somme ne sert à la santé mentale des immigrants et des réfugiés.

Dans notre collectivité, on a produit un rapport sur les besoins des francophones qui ont des troubles mentaux. C'est un excellent rapport qui a été publié par le Conseil de santé du district de Toronto, qui cessera d'exister le 31 mars. J'espère que vous pourrez obtenir un exemplaire de ce rapport intitulé *I Only Have the Words In French*. On y relate l'expérience de personnes qui n'ont pas pu exprimer leur problème de santé mentale dans leur propre langue. Ces problèmes sont considérables. Nous devons faire beaucoup plus à ce chapitre.

Troisièmement, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient collaborer pour améliorer les services offerts aux personnes souffrant de troubles mentaux qui ont des démêlés avec la justice pénale. Je crois savoir que certains membres de votre comité s'intéressent à cette question. Je préside le Comité de coordination sur la santé mentale et la justice de Toronto et je pourrais certainement répondre à vos questions sur ce sujet que je n'aborderai pas en détail dans mes remarques liminaires.

Quatrièmement, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient collaborer pour accroître le financement de l'évaluation des services de santé mentale — une question qui est soulevée dans votre rapport — et travailler de concert avec les services communautaires de santé mentale et les universités pour créer des partenariats de recherche.

Un bon modèle serait l'Initiative communautaire d'évaluation de la santé mentale qui a été élaborée ici en Ontario. Je pense qu'il ne serait même pas nécessaire de changer le sigle en anglais, à savoir CMHEI. Il suffirait en effet de remplacer le mot communautaire par canadien. Je vous exhorte à envisager sérieusement de vous en inspirer.

Le cinquième point est que le financement devrait viser à améliorer l'accès au traitement et aux services communautaires de santé mentale et mettre l'accent sur l'amélioration en première ligne, au lieu de la réorganisation. Je me ferai un plaisir de vous en parler en long et en large. J'ai remis au comité un certain nombre de communications que j'ai écrites sur la question, mais on obtient un système bien intégré en faisant en sorte qu'il soit facile pour les gens de s'y diriger et, comme les gens de la communauté somalienne pourraient vous le dire, si vous les rencontriez, à Scarborough, où nous fournissons des services, il n'y a pas nécessairement de lien direct.

D'après notre expérience, si quelqu'un éprouve des problèmes de santé mentale, il téléphone à notre représentant pour avoir accès aux soins et notre employé est alors peut-être le premier point d'entrée, la personne qui va établir le lien entre le consommateur et un médecin, entre le client et un psychiatre et aussi d'autres types de soutien de rechange qui, d'après notre travailleur, répondent aux besoins du consommateur.

Un système de triage en milieu hospitalier ne donne pas de bons résultats pour certaines collectivités. Il faut donc les deux éléments. Il faut un système mieux organisé en première ligne,

in connecting to communities and organizations such as Across Boundaries, Hong Fook and others, and even mainstream organizations like ours that are moving into this area.

The sixth point is that a mental health commission similar to that in New Zealand should be established to work with all levels of government to develop consumer and family leadership and report on and monitor progress across the country. This is critical. The pressure needs to be on all governments. It is best to have consumer and family leaders pointing out where you are falling short. "Here is what you need to do. Here is where the traditional approach is not working." That has been a strong contribution that the New Zealand Mental Health Commission has been able to make.

Finally, federal, provincial and territorial governments should collaborate to develop anti-stigma campaigns that use both media and community education techniques.

I would end by quoting the late Dr. Clarence Hincks, who himself had a mental health problem. He gave the rationale for moving forward to us just before he died in 1964. He said:

All we need is leadership by people who recognize the fact that we are in the ox cart stage of development... In Amsterdam they haven't built a mental hospital in years because their mental health workers are working in the community, where they should be working.

The Chairman: Thank you, Steve.

Dr. Links, please proceed.

Dr. Paul Links, President, Canadian Association for Suicide Prevention, Professor of Psychiatry, University of Toronto : Thank you for this opportunity to speak with you today.

As Senator Kirby said, I am primarily wearing my hat as the President of the Canadian Association for Suicide Prevention and that is because I wanted to share with you the document, the blueprint, which you have in front of you.

The Canadian Association for Suicide Prevention is a group of professionals that was incorporated in 1985. Its primary purpose is to work to reduce the rate of suicide and minimize the harmful consequences of suicidal behaviour. Our organization works by facilitating, advocating and supporting the efforts of suicide prevention, intervention, bereavement and postvention initiatives across Canada.

Let me remind you of the magnitude of the problem, although I must say I was most impressed on reading the reports. I echo Steve's comments and I am encouraged that we are on the right direction. However, about 4,000 Canadians die by suicide each

mais il faut une plus grande souplesse pour brancher les collectivités et les organisations comme Across Boundaries, Hong Fook et d'autres, et même des organisations grand public comme la nôtre qui commencent à être présentes dans ce domaine.

Le sixième point est qu'une commission de la santé mentale semblable à celle de la Nouvelle-Zélande devrait être établie et chargée de travailler avec tous les niveaux de gouvernement pour défendre les consommateurs et les familles et faire rapport sur les progrès accomplis aux quatre coins du pays. C'est essentiel. Il faut exercer des pressions sur tous les gouvernements. C'est mieux d'avoir des leaders des consommateurs et des familles qui dénoncent les lacunes. « Voici ce que vous devez faire. Voici les faiblesses de l'approche traditionnelle ». C'est de ce point de vue que la Commission de la santé mentale de la Nouvelle-Zélande a pu jouer un rôle important.

Enfin, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent collaborer pour élaborer des campagnes d'atténuation de la stigmatisation faisant appel à la fois aux médias et aux techniques d'éducation communautaire.

Je voudrais en terminant citer le regretté Dr Clarence Hincks, qui souffrait lui-même d'un problème de santé mentale. Juste avant de mourir en 1964, il nous a expliqué les raisons pour lesquelles nous devons faire avancer ce dossier. Je cite :

Tout ce qu'il nous faut, ce sont des gens qui prennent l'initiative après avoir pris conscience du fait que nous en sommes à l'étape de développement de la charrette tirée par des bœufs... À Amsterdam, ils n'ont pas construit un seul hôpital psychiatrique depuis des années parce que leurs travailleurs en santé mentale fonctionnent au sein de la collectivité, là où ils devraient travailler.

Le président : Merci, Steve.

Docteur Links, vous avez la parole.

Le Dr Paul Links, président, Association canadienne pour la prévention du suicide, professeur de psychiatrie, Université de Toronto : Je vous remercie de me donner cette occasion de m'entretenir avec vous aujourd'hui.

Comme le sénateur Kirby l'a dit, j'interviens ici essentiellement à titre de président de l'Association canadienne pour la prévention du suicide et je le fais parce que je voulais partager avec vous ce document, le plan d'action, que vous avez sous les yeux.

L'Association canadienne pour la prévention du suicide est un groupe de professionnels qui a été constitué en société en 1985. Son principal objectif est de travailler à réduire le taux de suicide et à réduire au minimum les conséquences néfastes du comportement suicidaire. Notre organisation travaille en facilitant et en appuyant les efforts de prévention du suicide, les interventions et les initiatives de postvention et de soutien des personnes en deuil d'un bout à l'autre du Canada.

Je voudrais d'abord vous rappeler l'ampleur du problème, quoique je doive dire que j'ai été des plus impressionnés en lisant les rapports. Je souscris aux observations de Steve et je trouve encourageant de constater que nous sommes dans la bonne voie.

year in Canada. More than 10 Canadians will die each day in the coming year, and about 400,000 Canadians self-harm each year in Canada. Suicide is the leading cause of death for Canadian males from ages 10 to 49, more than cancer, more than motor vehicle accidents, more than HIV/AIDS.

What is important is that we have a proposed solution. Unlike Australia, Finland, France, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, United Kingdom, Scotland and the United States, Canada does not have a national suicide prevention strategy. As you outlined, Canada needs a comprehensive action plan on mental health, mental illness and addiction, and a national suicide prevention strategy must be a central component of that action plan.

The Canadian Association for Suicide Prevention presents to you today the blueprint of a Canadian National Suicide Prevention strategy. It outlines the goals and objectives to begin to formulate a national strategy. As you will note, the blueprint was released in October 2004 at our annual general meeting. I hope everybody has a copy to refer to and review.

We have a solution. We need a national suicide prevention strategy. Like other nations that have been successful, it needs federal leadership. The federal government must set out policy related to adopting a national strategy and, of course, lead collaboration with federal, provincial and territorial governments to develop a national suicide prevention strategy that can be brought to all levels of community throughout the country.

There must be funding for this effort to coordinate and implement this activity. A good analogy to this initiative would be the Canadian Patient Safety Institute, CPSI, in terms of its mandate and resource allocation. The institute was recently established to provide leadership with respect to patient safety issues in the context of improving health quality. The CPSI promotes the best practices, raises awareness, and provides advice on effective strategies to improve patient safety. The Government of Canada announced funding of \$10 million annually to support the initiative of patient safety throughout Canada.

Today I thought I would focus specifically on your third report, *Issues and Options for Canada*, and specifically on section 4.2, suicide prevention, addressing the questions on page 28. I will try to answer the very important questions that you have raised.

You ask: Who among the federal, provincial, territorial governments and non-governmental organizations should be involved in the development of a national suicide prevention strategy?

Cependant, environ 4 000 Canadiens se suicident chaque année au Canada. Plus de 10 Canadiens vont mourir chaque jour au cours de la prochaine année, et environ 400 000 Canadiens s'automutilent chaque année au Canada. Le suicide est la principale cause de décès chez les hommes canadiens âgés de 10 à 49 ans, avant le cancer, avant les accidents de véhicules automobiles, avant le VIH/sida.

Ce qui est important, c'est que nous ayons une solution à proposer. Contrairement à de nombreux pays dont l'Australie, la Finlande, la France, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suède, le Royaume-Uni, l'Écosse et les États-Unis, le Canada n'a pas de stratégie nationale de prévention du suicide. Comme vous l'avez dit, le Canada a besoin d'un plan d'action global sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie, et une stratégie nationale de prévention du suicide doit être une composante centrale de ce plan d'action.

L'Association canadienne pour la prévention du suicide vous présente aujourd'hui l'ébauche d'une stratégie nationale canadienne de prévention du suicide. On y expose les buts et les objectifs en vue d'amorcer l'élaboration d'une stratégie nationale. Comme vous le constaterez, cette ébauche a été publiée en octobre 2004 à notre assemblée générale annuelle. J'espère que chacun en a un exemplaire pour s'y reporter.

Nous avons une solution. Il nous faut une stratégie nationale de prévention du suicide. À l'instar d'autres nations qui ont connu du succès dans ce domaine, il nous faut un leadership fédéral. Le gouvernement fédéral doit établir une politique relative à l'adoption d'une stratégie nationale et, bien sûr, doit prendre l'initiative de la collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, en vue d'élaborer une stratégie nationale de prévention du suicide que l'on pourra mettre en œuvre à tous les niveaux de la collectivité aux quatre coins du pays.

Des fonds doivent être accordés pour appuyer cet effort de coordination et de mise en œuvre de cette activité. Une bonne analogie de cette initiative serait l'Institut canadien de la sécurité du patient, pour ce qui est de son mandat et des ressources qui lui sont accordées. L'Institut a été créé récemment pour assurer le leadership dans le dossier de la sécurité des patients, le tout dans le contexte de l'amélioration de la qualité des soins. L'Institut fait la promotion des meilleures pratiques, fait des campagnes de conscientisation et fournit des conseils sur les stratégies efficaces en vue de renforcer la sécurité du patient. Le gouvernement du Canada a annoncé un financement de 10 millions de dollars par année pour appuyer l'initiative de la sécurité du patient partout au Canada.

J'ai pensé qu'aujourd'hui, je mettrais l'accent plus précisément sur votre troisième rapport, intitulé *Problèmes et options pour le Canada*, et plus précisément le paragraphe 4.2, prévention du suicide, où l'on répond aux questions posées à la page 30. Je vais essayer de répondre aux très importantes questions que vous avez posées.

Vous demandez : Lesquels parmi les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organisations non gouvernementales devraient participer à l'élaboration d'une stratégie nationale pour la prévention du suicide?

All levels of government, various community agencies and organizations, survivors and clients need to be involved, but it is clear that we must have federal leadership to set out policies, provide resources and set outcome targets, including actual reduction in suicide rates.

Your reports are clear about why the federal government has to take leadership in this, and I just highlight a few of the important rules that relate to the national strategy. Obviously, the federal government has importance in terms of surveillance. We do a very good job of that now, but we have to move to the issue of surveillance of suicidal behaviour. The federal government has the role of leadership and research and, in 2003, the Canadian Institutes of Health Research set out the priority areas for research in suicide-related studies.

Of course, you have priority for direct service for a number of high-risk groups who are at risk for suicide. The federal government has asked for increased accountability related to health care spending, and obviously a reduction in the suicide rate and suicidal behaviour has to be part of that outcome.

Of course you have leadership in health promotion where we need initiatives in targeting stigma. That would be in the federal domain.

In this area, we need federal leadership. As was done for the Canadian Patient Safety Initiative, we need leadership in bringing all stakeholders together and working together on the basis of something similar to the blueprint and in order to move forward with a national strategy.

The next question you raise is: What should be its specific goals and objectives? I hope you will view the blueprint as a beginning. We anticipate that, as you travel across Canada, you will meet other board members from CASP. I hope that, as you have an opportunity to read the document, you will address specific questions to my colleagues who will appear before you, so that you will have an opportunity to become more familiar with the blueprint.

You then ask: What programs or activities should be part of a national suicide prevention strategy? Again, I think the blueprint provides a beginning in the task of outlining those activities.

You ask: How much would it cost and how could it be funded? Again, I think that the funding for a coordinating and implementing body can use the analogy of the Canadian Safety Patient Institute, which has in the range of \$10 million annually, to set up this implementing and coordinating body. Obviously, monies are needed for surveillance, research and evaluation, programming related to health promotion and, of course, direct programming for the high-risk populations that the federal

Tous les niveaux de gouvernement, les diverses agences et organisations communautaires, les survivants et les clients doivent y participer, mais il est clair que nous devons compter sur le leadership fédéral pour établir les politiques, fournir les ressources et fixer les objectifs en termes de résultats, y compris la réduction réelle du taux de suicide.

Vous montrez clairement dans vos rapports pourquoi le gouvernement fédéral doit prendre l'initiative dans ce dossier et je voudrais mettre en lumière quelques règles importantes relativement à la stratégie nationale. Il est évident que le gouvernement fédéral joue un rôle important en termes de surveillance. Nous faisons actuellement du très bon travail à ce niveau, mais nous devons commencer à faire de la surveillance du comportement suicidaire. Le gouvernement fédéral assume le rôle de leadership et de la recherche et, en 2003, les Instituts canadiens de recherche en santé ont établi les domaines de recherche prioritaires pour les études relatives au suicide.

Bien sûr, vous avez la priorité pour le service direct relativement à un certain nombre de groupes à haut risque de suicide. Le gouvernement fédéral a demandé une meilleure reddition de comptes relativement aux dépenses consacrées aux soins de santé et il est évident qu'une réduction du taux de suicide et du comportement suicidaire doit être un élément des résultats souhaitables à cet égard.

Bien sûr, vous avez le leadership pour la promotion de la santé et à ce chapitre, il nous faut des initiatives pour la prévention de la stigmatisation. Cela relève du domaine fédéral.

À cet égard, nous avons besoin du leadership fédéral. Comme on l'a fait pour l'Institut canadien de la sécurité du patient, il nous faut faire preuve de leadership en rassemblant tous les intervenants et en travaillant ensemble en se fondant sur un document semblable à notre ébauche et dans le but de progresser vers une stratégie nationale.

Vous posez ensuite la question suivante : quels devraient être les objectifs précis d'une telle stratégie? J'espère que vous considérerez cette ébauche comme un début. Nous prévoyons que, durant vos déplacements d'un bout à l'autre du Canada, vous rencontrerez d'autres membres du conseil de notre association. J'espère que, quand vous aurez eu l'occasion de lire le document, vous poserez des questions précises à mes collègues qui témoigneront devant vous, de manière que vous ayez l'occasion de vous familiariser davantage avec notre proposition.

Vous demandez ensuite : quels programmes et activités devraient faire partie d'une stratégie nationale de prévention du suicide? Encore une fois, je pense que l'avant-projet propose une liste de ces activités.

Vous demandez : combien celle-ci devrait-elle coûter et comment devrait-elle être financée? Encore une fois, je pense que le financement d'un organisme de coordination et de mise en œuvre pourrait suivre le modèle de l'Institut canadien sur la sécurité des patients, disposant d'un budget annuel d'environ 10 millions de dollars pour la mise sur pied de cet organisme de mise en œuvre ou de coordination. Il est évident qu'il faut des fonds pour la surveillance, la recherche et l'évaluation, la

government serves. There will be a need for provincial and territorial monies, and I think we can move ahead to involve corporate initiatives in the area of suicide prevention.

Your last question is: Should there be a single national strategy, or should each level of government establish its own? I believe that in this area the answer is clear: National strategies require federal leadership. The goals and objectives of national strategies are well-established. They have been adopted in almost all nations that have undertaken this, and I think they are included in our blueprint. The objectives are broad. They allow for us to move down to the local level, and they are comprehensive. They should include and encompass all initiatives and all communities in Canada. I will stop there.

The Chairman: Thank you, Dr. Links.

We will now hear from Mr. Gordon Milak from VON Middlesex-Elgin.

Mr. Gordon Milak, Victorian Order of Nurses, Middlesex-Elgin: Mr. Chair and honourable senators, thank you for the opportunity to speak to you this morning.

VON recognizes the progress made on mental health with its inclusion in the first ministers' accord, the recent Canada Health Council recommendations, and of course, the study by this committee. VON appears before this committee with a slightly different perspective from that of the illustrious individuals and groups that have appeared in the past. VON is about community care for all vulnerable groups including, but not specifically targeting, mental health. As such, we encounter mental health issues every day in many environments. There is a recurring theme that I have noticed this morning — it is about community, and that is what I will be speaking to directly.

The Victorian Order of Nurses is a national not-for-profit organization and federally registered charity that has been caring for Canadians in their homes in the local communities for 108 years. VON delivers more than 50 home nursing, health promotion, support programs and other services to a million Canadians every year. Our more than 7,000 health care providers and 13,000 volunteers know that community responses need to be tailored to the specific community. We know that community responses are different, and we know that the consumers are the best guide to establishing worthwhile, effective programs. Consumers' best opportunities to be heard are at the local level.

VON branches are lead by local volunteer boards of directors who act as champions and advocates for their communities. Their role is to identify unmet needs in the community and mobilize the resources to address those needs, whether VON delivers that

programmation relative à la promotion de la santé et, bien entendu, pour la programmation directe ciblant les populations à risque élevé desservies par le gouvernement fédéral. Il faudra des fonds provinciaux et territoriaux et je pense que nous pouvons solliciter la participation du secteur privé dans le domaine de la prévention du suicide.

Votre dernière question est la suivante : devrait-il y avoir une seule stratégie nationale ou chaque ordre de gouvernement devrait-il en implanter une? Dans ce domaine, je crois que la réponse est claire : pour une stratégie nationale, il faut un leadership fédéral. Les objectifs des stratégies nationales sont bien établis. Elles ont été adoptées par presque toutes les nations qui ont entrepris quelque chose en ce sens et nous les décrivons dans notre avant-projet. Les objectifs sont vastes. Ils nous permettent d'intervenir au niveau local et ils sont exhaustifs. Ils doivent comprendre et englober toutes les initiatives de toutes les collectivités du Canada. Je m'arrête ici.

Le président : Merci, monsieur Links.

Nous allons maintenant écouter M. Gordon Milak, des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, à Middlesex-Elgin.

M. Gordon Milak, Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, Middlesex-Elgin : Monsieur le président et honorables sénateurs, merci pour cette occasion de vous parler.

Les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada reconnaissent que la santé mentale a fait des progrès en étant intégrée dans l'accord entre les premiers ministres, dans les récentes recommandations du Conseil de la santé et, bien entendu, dans l'étude faite par votre comité. En comparaisant devant vous, nous présentons un point de vue un peu différent de celui de groupes et personnes célèbres qui nous ont précédés. Notre organisme s'occupe de soins communautaires pour tous les groupes vulnérables, y compris les personnes ayant des problèmes de santé mentale, sans toutefois que ce groupe soit particulièrement ciblé. C'est pourquoi tous les jours, dans bien des milieux, nous voyons des problèmes de santé mentale. Dans ce que j'ai entendu ce matin, un thème revenait souvent, celui de la communauté, et c'est précisément de cela que je vais vous parler.

Les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, c'est un organisme à but non lucratif, un organisme de charité reconnu par le fédéral, qui s'occupe des Canadiens chez eux, dans la communauté, depuis 108 ans. Notre organisme compte plus de 50 programmes de soins infirmiers à domicile, de promotion de la santé et de soutien dans la communauté, notamment, à un million de Canadiens, chaque année. Nous avons plus de 7 000 fournisseurs de soins de santé et 13 000 bénévoles qui savent que les interventions communautaires doivent être adaptées à chaque communauté. Nous savons que les interventions communautaires sont différentes et nous savons que nos clients sont nos meilleurs guides lorsqu'il s'agit d'établir des programmes pertinents et efficaces. Et c'est au niveau local que sont le mieux entendues les demandes de nos clients.

Nos bureaux régionaux sont dirigés par des conseils d'administration locaux composés de bénévoles qui sont les défenseurs de leurs communautés. Leur rôle est de cerner les besoins à satisfaire dans la communauté et de réunir les ressources

service or not. Volunteer visiting, adult day programs and Meals on Wheels are just some of the programs that you will find VON delivering across Canada.

Common to all VON programs is our focus to support vulnerable populations wherever they live. Although mental health issues are factors we deal with in all services, groups and populations, it is our experience with the homeless that I shall make reference to this morning.

In London, Ontario, the Salvation Army has been assisting the disadvantaged for over a century by providing hot meals and a warm place to sleep. Those unfortunate enough to find themselves living on the street or in a shelter seldom have family physicians, regular checkups or visits to the dentist. If health care of any type is accessed, it is often in crisis at an overcrowded emergency room and, many times, while accompanied by a police officer. The homeless, like society at large, is an aging sector and with age comes an increase in chronic disease, often undiagnosed and certainly untreated. Even more serious is the rising incidence in hepatitis C and drug resistant strains of tuberculosis to which the homeless are particularly vulnerable.

In 1995, VON Middlesex-Elgin began to provide charitable nursing clinics to several agencies and shelters working with the homeless. By 1999, VON had formed a partnership with the Salvation Army to establish a medical clinic within the shelter to meet the needs of the growing number of homeless. Consistent access to primary care provided detection, treatment and health promotion. While the physical needs provided by the Salvation Army combined with the medical needs provided by VON improved the quality of life for the homeless, and lightened the load on overburdened emergency departments, it did not affect the fundamental issues that led to homelessness in the first place, such as, poverty, drug and alcohol addiction and of course mental illness.

In 2000, VON provided funding for research at the University of Western Ontario under Dr. Evelyn Vingilis to determine the prevalence of mental illness in southwestern Ontario. The study determined that among the male, homeless population, 61 per cent suffered with two or more disorders, 46 per cent had substance-related disorders, and 31 per cent suffered from both.

In 2004, VON Middlesex-Elgin was successful in a grant proposal under the Primary Health Care Transition Fund for a Mental Health Demonstration Project. The grant provides two years' funding for enhanced physician access for the clinic and the addition of social work to specifically address crisis and supportive counselling, rehabilitation, addiction support, access to housing, and income supports.

pour les combler, que ce soit notre organisme ou un autre qui donne le service. Les visites par des bénévoles, les programmes de jour pour adultes et les popotes roulantes ne sont que quelques-uns des programmes offerts par notre organisme dans l'ensemble du pays.

Tous les programmes de notre organisme visent à soutenir les populations vulnérables, où qu'elles soient. Bien que les problèmes de santé mentale se voient dans tous nos services, et tous nos groupes de clientèle, d'après notre expérience, on les voit chez les sans-abri et j'aimerais vous en parler ce matin.

À London, en Ontario, l'Armée du Salut aide les démunis depuis plus d'un siècle en leur offrant des repas chauds ou un endroit chaud où dormir. Ceux qui ont le malheur de vivre dans la rue ou dans un refuge ont rarement accès à un médecin de famille, à des bilans de santé réguliers et à des visites chez le dentiste. Quand ils ont accès à des services de santé, c'est souvent dans une salle d'urgence débordée, en situation de crise, et, trop souvent, en compagnie d'un policier. Les sans-abri, comme l'ensemble de la société, sont un groupe vieillissant. Le vieillissement est assorti de maladies chroniques rarement diagnostiquées et traitées. Plus grave encore, nous constatons une incidence croissante de l'hépatite C et de souches de tuberculose résistantes aux médicaments, auxquelles les sans-abri sont particulièrement vulnérables.

En 1995, les infirmières de l'Ordre de Victoria de Middlesex-Elgin ont commencé à offrir des services de clinique de soins infirmiers pour fins caritatives à divers organismes et refuges travaillant auprès des itinérants. En 1999, nous avons conclu un partenariat avec l'Armée du Salut pour mettre sur pied une clinique médicale dans un refuge, afin de répondre aux besoins du nombre croissant d'itinérants. Un accès uniforme à des soins primaires permettait la détection des maladies, leur traitement et la promotion de la santé. Les installations physiques offertes par l'Armée du Salut de même que les services médicaux dispensés par notre organisme ont amélioré la qualité de vie des itinérants, allégé le travail des services d'urgence débordés sans toutefois régler les problèmes fondamentaux qui sont à la source de l'itinérance, soit la pauvreté, les toxicomanies et, bien sûr, les troubles mentaux.

En 2000, nous avons participé au financement d'une étude de la University of Western Ontario, menée par Evelyn Vingilis, pour évaluer la prévalence de la maladie mentale dans le sud-ouest de l'Ontario. D'après les conclusions, chez les itinérants masculins, 61 p. 100 des sujets éprouvaient deux troubles mentaux ou plus, 46 p. 100 avaient des problèmes liés à l'alcool ou aux drogues et dans 31 p. 100 des cas, les deux genres de problèmes coexistaient.

En 2004, notre organisme a obtenu une subvention dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, pour un projet pilote en santé mentale. La subvention offre deux années de financement pour améliorer l'accès à des médecins pour notre clinique, ainsi que pour l'ajout de fonctions de travail social visant plus particulièrement le counselling et le soutien en situation de crise, la réadaptation, le soutien aux toxicomanes, l'accès au logement et le soutien au revenu.

Hostel clients can now access an interdisciplinary team providing on-site primary health and mental health care, nursing, social services, as well as a referral process to psychiatry, addiction programs, specialized medical and social services. A service strategy is available to each resident via coordination with hospitals, regional mental health, detox, CMHA, London Housing, and many more who represent the main systems. Through meetings with key stakeholders, the project model has been linked to the entire existing network of health services in London-Middlesex.

In addition, we continue to link with the University of Western Ontario schools of medicine, dentistry, nursing, facilitating student placements, and King's College, mentoring third year social work students. The VON/Salvation Army clinic is also a partner agency in an application submitted from the University of Western Ontario entitled, "Creating Interpersonal Collaboration Teams for Comprehensive Mental Health Services." The application was from the faculties of medicine, dentistry and health sciences.

The short-term objective of this project is to increase the number of health care professionals trained for collaborative, client-centred practice before and after entry into practice.

If funding is secured, the Salvation Army Centre of Hope clinic will be just one of the practice sites. This month, VON and Salvation Army have submitted the clinic project for consideration as a family health team under the Ontario Ministry of Health primary care reform initiative. Family physicians are increasingly and understandably unwilling to take on complex mental health clients who need ongoing support and case management. It is our intent to establish the clinic and demonstration project as permanent resources for the homeless in London, providing the homeless a family practice of their own.

Our shelter and clinic represent a failure of the current system to meet the needs of the mentally ill. Primary prevention programs have not been effective in addressing the roots of the problem. The fact that we have resources in place to link clients does not ensure that those services are even available. A bottleneck continues to exist, while wait lists for service grow and the availability of particularly affordable housing remains far below the actual need.

The *Issues and Options* report correctly identifies underfunding. The work I have just shared with you is an excellent case in point: The medical clinic is currently funded through the volunteer board of VON Middlesex-Elgin and the Salvation Army through fundraised dollars, literally bingos and

Les sans-abri qui fréquentent le refuge ont maintenant accès à une équipe multidisciplinaire qui offre sur place des soins primaires notamment en santé mentale, des soins infirmiers, des services sociaux ainsi que des services de réorientation vers des services psychiatriques, des programmes de lutte contre les toxicomanies et des services sociaux et médicaux spécialisés. Une stratégie de services est offerte à chaque résident, en coordination avec les hôpitaux, les organismes régionaux de santé mentale, les centres de désintoxication, l'ACSM, les centres de logement de London et beaucoup d'autres, qui représentent les principaux services. Dans le cadre de rencontres avec les principaux intervenants, le modèle de projet a été associé à l'ensemble du réseau existant des services de santé de London-Middlesex.

En outre, nous continuons de communiquer avec les écoles de médecine, de médecine dentaire et de sciences infirmières, et le service de placement étudiant de l'Université Western Ontario et du King's College, pour offrir du mentorat aux étudiants de troisième année en travail social. La clinique VON/Armée du Salut est aussi partenaire dans la demande présentée par l'Université Western Ontario intitulée « Creating Interpersonal Collaboration Teams for Comprehensive Mental Health Services ». La demande a été faite par les Facultés de médecine, de médecine dentaire et de sciences de la santé.

L'objectif de ce projet, à court terme, est d'augmenter le nombre de professionnels de la santé qui reçoivent une formation dans un contexte de collaboration, axée sur les clients, avant et après le début de leur pratique.

Si le financement est obtenu, la clinique du Centre of Hope de l'Armée du Salut ne sera que l'un des sites de pratique. Ce mois-ci, notre organisme et l'Armée du Salut ont présenté le projet de clinique comme équipe de santé familiale, dans le cadre de l'Initiative de réforme des soins primaires du ministère de la Santé de l'Ontario. De plus en plus, on le comprend, les omnipraticiens ne sont pas prêts à prendre des patients qui ont des problèmes de santé mentale complexes et qui nécessitent constamment du soutien et une gestion de leur cas. Nous avons l'intention d'établir une clinique et un projet pilote comme ressources permanentes pour les sans-abri de London, afin qu'il y ait un centre de médecine familiale réservé aux sans-abri.

Le refuge et la clinique montrent que le système actuel ne subvient pas aux besoins des malades mentaux. Les programmes de prévention primaire n'ont pas été efficaces pour tarir les sources du problème. Le fait que nous ayons des ressources pour établir des liens, pour nos clients, ne garantit pas que ces services soient même disponibles. Il continue d'y avoir un goulot d'étranglement, à mesure que les listes d'attente pour les services s'allongent et que la disponibilité des services, particulièrement du logement à prix modique, reste bien en deçà des besoins réels.

Le rapport *Problèmes et options* met le doigt sur le sous-financement. Le travail dont je viens de vous parler le montre bien : la clinique médicale est actuellement financée par le conseil d'administration bénévole des Infirmières de l'Ordre de Victoria de Middlesex-Elgin et par l'Armée du Salut, grâce à l'argent

bake sales. The mental health demonstration project has less than 16 months funding remaining. The success and size of this project has grown beyond the means of both charities to sustain through fundraised dollars.

I would conclude by stressing that the need is urgent to redesign community-based mental health treatment and support options. Innovative and flexible models of care delivery are needed along the continuum. People do not need all the services all the time at the highest levels of delivery. Models need to allow clients to move in and out of care options as their needs change. Training in mental health must become a core complementary for all medical personnel.

In conclusion, we believe that this is as much a social justice issue as a health care issue, and if we have a right to quality end-of-life care, or transplant programs, we also have a right to relief from the kind of suffering mental illnesses and addictions incur. As an organization, VON is responding in ways that we know and understand.

We urge you to evaluate the effectiveness of existing programs, discontinue those that do not have proven outcomes, ensure the use of the right level of staff support at the right time, and take the delivery service options to the clients where they live.

The package that I provide speaks specifically to the questions that we feel most qualified to answer.

The Chairman: Mr. Milak, could we have a copy of the study you referred to on the homeless in London? I presume that is a public document.

Mr. Milak: Yes.

The Chairman: Do you know of any other studies of the homeless that have been done elsewhere in the country, because this is the first one we have heard of. Steve is nodding yes. If someone has other references, those would be helpful to us.

To all of you, but principally to Steve who raised the question, we understand the importance of increasing funding on the ground, that is to say, improving services to the client rather than what Steve called "another organizational restructuring." Either this morning or at some other time, we would like to hear your thoughts on that could be done, keeping in mind that the services are delivered on the ground, and whether the funding is federal or provincial, that is a long way up the food chain. The challenge is how to deliver the services to the people who need them without being too directive.

As well, all three of you commented on the need to evaluate the effectiveness of programs because, obviously, the solution is not simply to throw money at the problem. You want to put money where it can be most effective. Automatically, the minute you say

obtenu par des campagnes de levée de fonds, soit des bingos et des ventes de pâtisseries. Le projet pilote en santé mentale n'a plus de fonds que pour 16 mois. La réussite et la taille de ce projet ont dépassé les moyens des deux organismes de charité et de leurs campagnes de financement.

En terminant, j'insiste sur l'urgence de définir de nouvelles options de traitement et de soutien communautaires dans le domaine de la santé mentale. Pour assurer la continuité des services, il faut trouver des formules novatrices et souples de prestation des soins. Les gens n'ont pas besoin de tous les services, tout le temps, ni des services les plus intensifs. Il faut un modèle qui permette aux clients de bénéficier de différents types de soins au fur et à mesure que leurs besoins évoluent. Par ailleurs, la formation de tout le personnel médical doit comprendre un volet de santé mentale.

Enfin, il s'agit à notre avis tout autant d'une question de justice sociale que d'une question de soins de santé. Si nous avons droit à des soins palliatifs de qualité ou à des greffes d'organes, nous avons tout autant le droit d'être soulagés des souffrances engendrées par les maladies mentales et les toxicomanies. En tant qu'organisme, l'Ordre de Victoria du Canada s'efforce de répondre à ces besoins par des moyens que nous connaissons.

Nous vous invitons instamment à évaluer l'efficacité des programmes actuels, à mettre fin à ceux dont l'efficacité n'est pas démontrée, à garantir la présence des effectifs nécessaires au bon moment et à faire en sorte que les clients puissent obtenir là où ils habitent les différents services dont ils ont besoin.

Le document que je vous ai remis traite expressément des questions auxquelles nous sommes les plus capables de répondre.

Le président : Monsieur Milak, pourriez-vous nous remettre un exemplaire de l'étude que vous avez mentionnée, sur les sans-abri de London? J'imagine qu'il s'agit d'un document public.

M. Milak : Oui.

Le président : Existe-t-il d'autres études sur les sans-abri qui auraient été réalisées ailleurs au pays? C'est la première dont nous ayons entendu parler. Je vois que Steve fait oui de la tête. Si certains d'entre vous peuvent nous signaler d'autres études, cela nous serait utile.

Je m'adresse à tous les témoins, mais surtout à Steve qui a soulevé cette question. Nous comprenons l'importance d'augmenter le financement sur le terrain, c'est-à-dire d'améliorer les services offerts aux clients plutôt que de procéder à ce que Steve a décrit comme « une autre restructuration organisationnelle ». Ce matin au plus tard, nous aimerions connaître votre avis sur ce qu'on pourrait faire dans ce sens; il faut cependant rappeler que les services sont offerts sur le terrain et, que les fonds soient débloqués par le gouvernement fédéral ou la province, la filière est assez longue. Il s'agit d'offrir des services aux personnes qui en ont besoin sans être trop directifs.

Par ailleurs, vous avez tous les trois souligné la nécessité d'évaluer l'efficacité des programmes parce qu'évidemment, il ne suffit pas d'augmenter le financement pour régler le problème. Il faut mettre l'argent là où il sera le plus efficace. Dès que vous

you will do an evaluation, that forces you back up the food chain again because you must decide who is going to do the evaluation. Then you have to be sure that the evaluation is done properly. How would you know that? That is a balancing problem.

If you want to make any initial comments now, that is fine, but how we ultimately strike the balance between the need for evaluation, which is essentially value for money, and the need to deliver the services on the ground in a way that is sensitive to the consumers, is a huge problem in structural design. Any thoughts anybody has from the ground level will be most useful. Would you care to make a general comment?

Mr. Lurie: In a sense, part of the challenge is identifying what you can build on that is already in place. For example, in Ontario, probably 10 or 15 years ago, there was an out-of-country mental health expenditure problem, whereby folks with addictions problems were being sent to the States. The Ministry of Health funded the development of the Drug, Alcohol and Treatment Registry which was a way of identifying what services were available for addictions treatment. They then linked people with assessment referral centres at the community level so that people could get better and easier access to an appropriate range of services.

The good news is that a number of us pushed for the application of that system to mental health. On September 7 next, in Ontario, George Smitherman will likely be in London to announce the opening of the mental health services registry. It will be an online, telephone-based way for consumers, families, family physicians, other service providers to find out what is available? It will not be in the form of a book that has to be republished every year. It will be a live, interactive approach. I believe there is something similar in B.C. or there used to be. When I was there about 10 years ago they had a mental health information line.

This is establishing easy ways in which the public and allied services providers can find out what exists in the community, because communities are very complex.

The ministry will mandate that anyone funded by the Ministry of Health and providing community mental health services, will have to describe our services in ways that are understandable, in plain language. We will also have to regularly report to the registry, based on our service types, and advise when we have a vacancy. That opens the door in that it lets people know about the range of services that exist in any community. It also allows, in a methodical way, communities and provincial governments to look at the gaps. They will see which organizations have been utilized, that is, people need their services, and which organizations have capacity but are underutilized. That is a very important building block regarding access to services.

décidez de faire une évaluation, vous êtes forcés de remonter un peu la filière parce qu'il faut décider qui fera cette évaluation. Vous devez vous assurer que l'évaluation sera menée correctement. Comment pouvez-vous le déterminer? Là encore, il faut trouver le juste équilibre.

Vous pouvez répondre à mes interrogations tout de suite si vous le souhaitez. Comment concilier la nécessité d'évaluer les programmes, c'est-à-dire de déterminer si on en a eu pour son argent, et la nécessité d'offrir les services sur le terrain d'une façon qui soit adaptée aux besoins des consommateurs. C'est là un énorme défi pour ceux qui doivent structurer les programmes. Il nous serait très utile de savoir ce que des gens comme vous, qui travaillent à la base, en pensent.

M. Lurie : Il faut, entre autres, déterminer les aspects des programmes déjà en place qui peuvent servir de point de départ. Par exemple, il y a une dizaine ou une quinzaine d'années en Ontario, il y avait un programme de santé mentale offert à l'étranger; ainsi, des personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie étaient envoyées aux États-Unis pour y être traitées. Le ministère de la Santé a financé la création du Répertoire des traitements — drogues et alcool, qui permettait de savoir quels services existaient à l'intention des alcooliques et des toxicomanes. Ensuite, on adressait les gens aux centres d'évaluation locaux de manière à ce qu'ils puissent avoir accès plus facilement à un éventail de services.

Ce qui est bien, c'est que plusieurs d'entre nous ont demandé qu'on applique le même système au domaine de la santé mentale. Le 7 septembre de l'année en cours, George Smitherman sera probablement à London, en Ontario, pour annoncer l'ouverture du répertoire des services de santé mentale. C'est un service téléphonique en direct qui permettra aux consommateurs de soins, à leur famille, aux médecins de famille et à d'autres fournisseurs de services de connaître le service disponible. Le répertoire ne paraîtra pas sous forme de livre qu'il faudrait rééditer chaque année. Ce sera une formule vivante et interactive. Je pense qu'il y a ou qu'il y avait un répertoire semblable en Colombie-Britannique. Quand j'y vivais, il y a 10 ans, il existait une ligne téléphonique d'information sur la santé mentale.

Il s'agit là de moyens simples qui permettent à la population et aux fournisseurs de services connexes de savoir ce qui existe localement, parce que les collectivités sont très complexes.

Le ministère provincial de la Santé exigera de tous les organismes qu'il subventionne et qui offrent des services communautaires de santé mentale qu'ils décrivent leurs services dans un langage compréhensible et en termes simples. Ces organismes devront également faire rapport régulièrement au répertoire, d'après les types de services offerts, et indiquer qu'ils ont des places. Ainsi, il est possible de connaître l'éventail de services existant dans chaque localité. Cela permet aussi aux municipalités et aux gouvernements provinciaux d'examiner les lacunes du système de façon méthodique. Ils pourront savoir quels organismes ont été utilisés, confirmant la nécessité de leurs services, et quels organismes sont sous-utilisés. C'est un mécanisme très important pour favoriser l'accès aux services.

Another way to do this is to recognize, as have other jurisdictions, that your funding should encourage the behaviour you want. If you are looking for good referral relationships amongst providers, and networks of care to be developed, the funding criteria should specify that. Then the funder can make decisions on proposals, whether from VON or CMHA. My colleague from VON talked about a collaborative venture. You foster collaboration in units that make sense in terms of size.

For example, the Wilson Task Force here in Toronto-Peel recognized that Toronto was just too large to have one mental health group connecting everybody to services. They decided that there needed to be some division of the city into either quadrants or some other units. Then what you would do is set a process in motion where service providers in North York, for example, would be given the assistance to come together with a mental health plan for their community and have the debate on the range of services. They would discuss: "How do we connect the inpatient beds with the case management supports? What role is the crisis provision playing in our community." They would come up with a plan, but it would be a bottoms up community planning approach.

The funder, in this case the provincial Ministry of Health, proposed a mental health authority similar to the one in New Brunswick, the commission that was in place for 10 years. The funder would tell the service providers that they must play the game, they cannot say that they are not interested in a collaborative effort. "We just want to do our own thing." There would be some consequences for groups who were not prepared to engage in collaborative planning. That is not to say there will not be debate. We all do not agree all the time, but there is, in fact, an amazing degree of consensus.

Here in Toronto, for example, in the last three months, a group of housing providers that is characterized by different models and different approaches came up with a coordinated plan for supportive housing that will bring on 6,000 supportive housing units across the province, 3,000 in Toronto, over the next three years.

We have come up with the funding model. We have come up with the capital development model, and we have got the sign-off and agreement of the Ontario Federation of Community Mental Health and Addictions programs, the Canadian Mental Health Association, province-wide, and the Ontario Non-profit Housing Providers Organization.

Some of this is, again, a matter of fostering community planning and collaboration and holding people accountable for that.

Then you also need simple information strategies based on performance targets, as is done in New Zealand. That will tell you whether you are getting there or not. Some of that has to be driven home to the network of providers. They have to ask themselves, "If we said we were going to serve 150 people through

On peut aussi, comme l'ont fait d'autres provinces, faire en sorte que les subventions qu'on verse encouragent les comportements qu'on souhaite susciter. Si on veut que les fournisseurs de services adressent leurs clients aux organismes pertinents et mettent en place des réseaux de soins, les critères de financement doivent le préciser. Le bailleur de fonds peut alors décider de financer certains projets, qu'ils émanent des Infirmières de l'Ordre de Victoria (VON) ou de l'ACSM. Mon collègue de VON a parlé d'une entreprise de collaboration. Il faut favoriser la collaboration entre des unités lorsque c'est logique compte tenu de leur taille.

Prenez l'exemple du groupe de travail Wilson ici même à Toronto-Peel; il a reconnu que la ville de Toronto était trop grande pour que seul le groupe de santé mentale puisse aiguiller tous les clients vers les services. Il a décidé qu'il fallait diviser la ville en quadrants ou en quelques autres unités. Ainsi, on pourrait aider les fournisseurs de services de North York, par exemple, à mettre au point un programme de santé mentale à l'intention de leur collectivité et à discuter de l'éventail des services à offrir. Ils pourraient se poser les questions suivantes : « Comment relier le nombre de lits à l'hôpital avec les services de gestion des cas? Quel rôle les services aux personnes en crise jouent-ils dans notre collectivité? » Ils pourraient tracer un plan, mais ce plan partirait de la base, de la collectivité.

Le bailleur de fonds, dans ce cas le ministère provincial de la Santé, a proposé la création d'une régie de la santé mentale semblable à la commission qui existe au Nouveau-Brunswick depuis 10 ans. Il ferait comprendre aux fournisseurs de services qu'ils doivent collaborer, qu'ils ne peuvent pas refuser de le faire et travailler chacun de son côté. Les organismes qui refuseraient de collaborer à la planification des services devraient en assumer les conséquences. Cela ne veut pas dire qu'il n'y aura pas de débat. Nous ne sommes pas toujours d'accord sur tout, mais nous arrivons néanmoins très souvent à des consensus.

À titre d'exemple, ici même à Toronto, au cours des trois derniers mois, un groupe d'organismes d'hébergement caractérisés par des modèles et des approches différents ont préparé un plan concerté de logement supervisé qui permettra de créer 6 000 unités de logement supervisées dans l'ensemble de la province, dont 3 000 à Toronto, au cours des trois prochaines années.

Nous avons défini la formule de financement. Nous avons déterminé le modèle de développement immobilier et obtenu l'approbation et le consentement de la Fédération des programmes communautaires de santé mentale et des traitements des toxicomanies de l'Ontario, de l'Association canadienne pour la santé mentale, à l'échelle de la province, et de l'Association du logement sans but lucratif de l'Ontario.

Encore une fois, cela revient à favoriser la planification et la collaboration dans la collectivité et à obliger les gens à rendre des comptes.

Il faut ensuite établir de simples stratégies d'information qui se fondent sur des objectifs de rendement, comme cela se fait en Nouvelle-Zélande. Ces stratégies vous permettront de voir si vous atteignez vos objectifs ou pas, et c'est un principe qui doit être compris par le réseau des fournisseurs. Si ceux-ci ont affirmé

this enhanced case management program, did we? If we did not, why not?" You create conditions where the providers ask those questions, because government is too far removed from that. However, government can set the conditions by which that occurs.

There is a good example of the government doing. You may be aware that, on January 12, George Smitherman announced \$27 million for people who have mental health problems and who have been involved in the criminal justice system. The funding plan has basic components. There is what they call a precharged diversion component; a crisis response component; a court support component; a housing component; and a case management component. The Ministry of Health along with the people who were funded have created tables to develop implementation plans. Each agency is not doing this on its own. Everybody who is funded for precharged diversion is sitting in a room and designing a coordinated plan. The same thing is happening for the safe bed network. The same thing is happening for the supportive housing piece. Through the court support consortium, and same thing is happening for case management.

Not only that, I will chair a meeting on March 30 where all the work that those individual groups have done will be brought together, and we will talk about how we will connect the dots. How do we make sure that the safe beds are connected to the supportive housing, are connected to the crisis response? Essentially, this is a community planning activity. In this case, the Ontario Ministry of Health, Toronto Regional Office, is to be commended for setting the stage for that to occur. It is a very different model from the RFP which was, "Let us all compete with each other to get the service. We will show we are the best." This is where governments are often confused. When you put out RFPs, what happens in organizations is that the friendly organization becomes your competitor and you take the attitude, "I am not going to work collaboratively with you or tell you secrets so that I get the contract."

You could, however, set an environment where you expect organizations to work together, to play to their strengths, and identify the areas where all organizations need to grow and learn. There are some things we cannot do but most of the things we do know how to do and have been doing them on and off for 25 or 30 years. I think that is the way to go.

The private sector literature will tell you that 80 per cent of mergers fail. However, strategic alliances is the way that most organizations, corporately, are growing. You want to set up notions of strategic alliances around the provision of mental health care in the community. That is in everybody's interest.

desservir 150 personnes grâce à un nouveau programme amélioré de gestion des cas, ils devront se demander s'ils ont atteint ou pas leur objectif et, dans la négative, pourquoi ils ne l'ont pas atteint. Il faut donc créer les conditions optimales pour que les fournisseurs se posent ces questions, étant donné que le gouvernement est beaucoup trop éloigné de la réalité quotidienne. Toutefois, c'est à ce dernier qu'il revient d'établir les conditions pour y parvenir.

Laissez-moi vous donner un bon exemple de ce qui peut être fait. Vous savez peut-être que le 12 janvier dernier, George Smitherman a annoncé l'injection de 27 millions de dollars dans des programmes d'aide à ceux qui souffrent de problèmes de santé mentale et qui ont eu des démêlés avec le système de justice pénale. Le plan de financement annoncé comporte des éléments de base : ce sont d'abord la déjudiciarisation avant la mise en accusation; puis la réaction face à la crise; l'aide des tribunaux; le logement; et enfin, la gestion des cas. Conjointement avec les organismes subventionnés, le ministère de la Santé a créé des tables d'élaboration des plans de mise en oeuvre. Par conséquent, les agences ne sont pas laissées à elles seules. Toutes celles dont les programmes de déjudiciarisation avant la mise en accusation ont été subventionnés s'assoient autour de la même table et conçoivent un plan coordonné. On peut dire la même chose du réseau des refuges, des programmes de soutien au logement, du consortium de soutien des tribunaux et de la gestion des cas.

De plus, je présiderai le 30 mars prochain une réunion qui permettra de présenter tout le travail effectué par chacun des groupes et qui permettra de faire le lien entre chacun d'eux. Autrement dit, nous nous demanderons comment assurer le lien entre les refuges, l'aide au logement et la réaction en cas de crise. Il s'agit donc essentiellement d'une activité de planification communautaire. Dans ce cas-ci, il faut féliciter le ministère ontarien de la Santé et le Bureau régional de Toronto d'avoir permis que cela se réalise. C'est bien différent de l'ancien modèle des appels de proposition qui se traduisaient, en bout de ligne, par une lutte féroce entre les différents organismes qui se faisaient concurrence pour prouver qu'ils étaient les meilleurs. C'est d'ailleurs ce qui explique la confusion dans les divers gouvernements. Dès qu'on fait un appel de proposition, les organisations naguère amies deviennent votre concurrent, et chacune fait de son mieux pour obtenir le contrat au détriment de l'autre.

Toutefois, vous devriez dresser la table de façon que les organisations veuillent travailler les unes avec les autres, miser sur leurs forces respectives, tout en cernant les secteurs dans lesquels elles auraient encore besoin d'apprendre. Il y a évidemment des domaines dans lesquels nous ne sommes pas très habiles, mais nous pouvons quand même parler de réussite dans les domaines où nous oeuvrons depuis déjà 25 ou 30 ans. À mon avis, c'est la voie à suivre.

Les documents émanant du secteur privé vous diront que dans 80 p. 100 des cas, les fusions échouent. Toutefois, la plupart des entreprises cherchent désormais à forger des alliances stratégiques. Il est donc de l'intérêt de tous de commencer à parler d'alliances stratégiques dans l'exécution des programmes de soins de santé mentale communautaires.

The Chairman: The key point you are making is that — and this is our problem, not your problem — we need to figure out what are the incentives that would encourage people to do that, and what are the consequences or the penalties they would suffer if they did not.

Mr. Lurie: We had this debate in the systems design group of the Wilson Task Force. If you say, three years from now we do not want to see 35 operating plans from all the mental health agencies in North York, we want one and we will provide some resources for you to come up with the plan, does it make sense to get the case managers working together? In fact, the Ministry of Health has taken some steps in that direction. There is a plan in North York and Scarborough combined, to improve access to individual support services. They created a committee called PASS. They funded it, and we now have a plan.

The question is: Will there be money to implement the plan? One of the problems is that people assume that collaboration comes for free, and that system work and system building is just something that we can all do with our spare time. Well, we cannot because we do not have any spare time.

A few years ago, Industry Canada did an interesting study where they looked at small and medium-size enterprises. They were trying to develop collaborative networks here in the GTA. They found that they needed to sell the notion of collaboration, but the most important finding was — and it does not cost a lot of money — that they had to provide the tools for the collaborators to, in fact, collaborate.

A good example of this is Jeffrey Dyer's work called, *Competitive Advantage* where he looked at the supply chain that Toyota has been able to put together. He writes about automobile production being a highly complex undertaking. I would say that the same comment applies to mental health care. If you look at Toyota in terms of quality, the data shows that they have the lowest transaction costs of any of the automakers. They have built a supplier network with what Mintzberg calls the "one-company mindset," to provide training to their suppliers. They consider quality issues together. Consulting is available.

From other jurisdictions we can learn how to create a one mental health system mindset at the appropriate level. However, it cannot be too large. For example, the challenges Ontario will face in moving to the LHINs environment, which will take in central north. The LHINs that will come into place on April 1, goes from North York to Grey-Bruce. That is not a natural community. Central East will go from Scarborough to Haliburton. That, again, is not a natural community.

Le président : Si je vous comprends bien — et c'est notre problème, et pas le vôtre —, il faut trouver des façons d'encourager les parties prenantes à aller dans ce sens, sous peine d'en subir les conséquences ou d'être pénalisées.

M. Lurie : Le groupe de conception des systèmes du groupe d'étude Wilson en a déjà débattu. Si vous déterminez que dans trois ans, vous voulez ne recevoir qu'un seul plan d'exploitation collectif pour les 35 agences de santé mentale de North York, et que pour y arriver, vous fournirez les ressources nécessaires, vous devez vous demander aussi s'il est tout aussi logique de faire travailler en concertation les gestionnaires de cas. D'ailleurs, le ministère de la Santé a déjà pris des mesures en ce sens. Il existe déjà un plan combiné à North York et à Scarborough en vue de donner un plus grand accès aux services de soutien. Le Comité PASS a été créé puis financé, et il a ensuite déposé un plan.

Mais aura-t-on les fonds nécessaires à la mise en œuvre du plan? La difficulté vient notamment du fait qu'on a toujours l'impression que la collaboration est gratuite et que toute l'édification d'un système peut se faire aisément pendant ses loisirs. Eh bien, non : c'est impossible, car nous n'avons pas de loisirs.

Il y a quelques années, Industrie Canada a entrepris une étude intéressante sur les PME. Le ministère voulait former des réseaux de collaboration ici même, dans la région du Grand Toronto. Or, non seulement il a découvert qu'il fallait convaincre les intéressés de l'importance de collaborer, mais on a surtout constaté qu'il était nécessaire d'offrir aux collaborateurs les outils nécessaires pour qu'ils puissent collaborer. Or, cela ne coûte pas bien cher.

Prenez par exemple Jeffrey Dyer qui, dans son ouvrage intitulé *Competitive Advantage*, étudie la chaîne d'approvisionnement mise en place par Toyota. Il explique que la production automobile est une entreprise extrêmement complexe. Je dirais qu'il en va de même avec les soins de santé mentale. En termes de qualité, les données recueillies montrent que chez Toyota, les coûts de transaction sont les plus faibles par rapport aux autres fabricants automobiles. Toyota a réussi à se doter d'un réseau de fournisseurs grâce à ce que Mintzberg a appelé la « mentalité de l'entreprise unique », en vertu de laquelle Toyota forme ses propres fournisseurs. Ensemble, tous se penchent sur les questions de qualité, et la consultation est toujours disponible.

Nous pouvons apprendre, à partir de ce qui se fait ailleurs, comment avoir le même état d'esprit, c'est-à-dire avoir la mentalité du système de santé mentale unique au niveau approprié. Mais il ne faudrait pas qu'il soit trop ambitieux. Il faut comprendre que l'Ontario aura des défis à relever lorsqu'elle instaurera ses réseaux locaux d'intégration des services de santé, dans le centre-nord. Les RLIS, qui entreront en vigueur le 1^{er} avril, partent de North York jusqu'à Grey-Bruce et ne forment pas nécessairement un milieu naturel. Celui du centre-est ira de Scarborough à Haliburton, et là non plus, on ne forme pas une communauté d'intérêts naturelle.

Within that, there will be times when the folks in Scarborough will need to also talk to the people in the Durham region that abuts Scarborough. There will be cross-border issues. However, networks already exist.

That would be my final point on this. There is a lot of networking going on. You could ask about that when you go into various communities. You could ask, "Is there evidence in your community that providers are working together to provide services?" I think you will be given lots of examples similar to those Gordon talked about in London.

Mr. Milak: No one is more frustrated than the clients and the front-line workers, regardless of the discipline, about identifying the gaps and where there is a need for change.

Your report, I think quite rightly, is fairly critical of the segmentation across the system. We need the specialties. However, part of the challenge is that each discipline becomes quite reliant on its own solutions, and it is almost impossible for each discipline to comprehensively understand the value of the rest of the system. We do need systemic change and to create interdisciplinary teams. I am referring to the people delivering the care, physicians, nurses, social workers or other mental health workers working in collaboration. That will bring a grass roots change in philosophy. We need direction from the federal government to the provincial government down, but it has to be simultaneously changing at the front-line-service-provider level as well.

Senator Cordy: You talk about a change in philosophy. We all know that, with de-institutionalization, resources were not transferred to communities. We also know that we still tend to look at the doctor-hospital model. We have heard evidence from many people to the effect that what they want in many cases is a sense of community, which what you were talking about this morning. They also said that they want funding for peer groups to get together and for social activities like dancing. Yet, while there may be collaboration and networking among providers, government departments still seem to be working in silos.

Does the Department of Health give you money to provide peer networking? How are government departments starting to break down?

The second question is, should we have targeted funding? One of you mentioned directed funding or funding requirements. Should we have targeted funding so that we can provide some of the services that individuals want?

Malgré tout, il se pourrait que parfois, les gens de Scarborough aient besoin de parler à ceux de la région de Durham qui jouxte celle de Scarborough. C'est parce qu'il y aura des dossiers qui passeront d'un secteur à l'autre. Toutefois, les réseaux existent déjà.

Je n'en dirai pas plus. Il se fait déjà beaucoup de réseautage. Vous n'aurez qu'à poser la question lorsque vous visiterez les diverses collectivités. Vous pourriez demander s'il y a des résultats, dans les collectivités, démontrant que les fournisseurs sont capables de fournir des services en collaboration. J'ai l'impression qu'on vous citera beaucoup d'exemples comme celui de London dont vous a parlé Gordon.

M. Milak : Les clients et les travailleurs de première ligne sont les plus frustrés, peu importe leur discipline, et ils sont très désireux de cerner les lacunes et les secteurs où il faut apporter du changement.

Votre rapport critique à juste titre la segmentation du système. Bien sûr, il nous faut des spécialités. Toutefois, — et c'est un défi —, chaque discipline finit par dépendre presque uniquement de ses propres solutions, et il devient alors presque impossible à chacune d'entre elles de comprendre de façon exhaustive la valeur du reste du système. Il nous faut un changement systémique et créer des équipes interdisciplinaires. Je parle ici de ceux qui donnent les soins, c'est-à-dire des médecins, infirmières, travailleurs sociaux et autres travailleurs de la santé mentale qui collaborent les uns avec les autres. Cela suppose un changement de philosophie du tout au tout. Le gouvernement fédéral doit montrer l'exemple au gouvernement provincial, mais le changement doit se faire simultanément et également au niveau des fournisseurs de soins et de services de première ligne.

Le sénateur Cordy : Vous parlez d'un changement de philosophie. Nous savons très bien que la désinstitutionnalisation n'a pas nécessairement entraîné un transfert des ressources vers les collectivités. On sait également que l'on continue à se tourner vers le modèle du médecin attaché à un hôpital. Plusieurs nous ont dit que ce qu'ils recherchent surtout, c'est le sens d'appartenance à la communauté, et c'est ce dont vous parliez ce matin. Ils nous ont également dit qu'ils souhaitaient que le gouvernement finance les groupes de pairs pour qu'ils se réunissent et organisent des activités sociales, telles que la danse. Et pourtant, même si l'on peut parler d'une certaine collaboration et d'un certain réseautage chez les fournisseurs de services, les ministères semblent continuer à fonctionner en vase clos.

Le ministère de la Santé vous subventionne-t-il en vue du réseautage par le jumelage? Comment les ministères font-ils?

En second lieu, j'aimerais savoir si on a besoin de financement ciblé. L'un de vous a mentionné le financement direct et les besoins en matière de financement. Devrait-on prôner le financement ciblé de façon à offrir les services demandés par la population?

Mr. Lurie: I was looking over this report, and I highlighted what we said about this issue in 1988. I will leave this with Senator Kirby. There is a need for inter-ministerial focus; and a good example of that would be the housing piece.

The federal government, people would argue, does have an involvement in the provision of housing. As well, there is an Ontario, Canada affordable housing strategy where they are still debating the terms. However, this will mean the establishment of 20,000 affordable housing units here in Toronto. Perhaps we could get that commitment from both levels of government. Perhaps there could be a flexible approach where the federal government would say, "Ontario, if you have a deficit and you cannot fund your affordable housing initiative for the first three years, we will kick in some money now to get things built." The Ministry of Health, through the health accord money, has some provision to fund the support services.

It is a matter of, at the governmental level, looking at what is needed. What are the housing targets? How do we, as they have done in the U.K. and other jurisdictions, pool funding to do that? Then there should be flexibility around recognizing the ability to pay. That is also important.

For example, you might have the federal government saying that it is not going to fund Ontario because this government is unwilling to match funds. I would just say that the average citizen does not care who funds it. The issue may be: "You could have more if your provincial government would match, but we are going to make sure you at least have something."

Then there are areas where the federal government has jurisdiction. You heard about the range of services necessary for immigrants and refugees. There is no funding stream from the federal government for the mental health needs of immigrants and refugees. They say that that is a provincial responsibility. The province tells us that they cannot even fund community mental health here, and they want to know how they can fund more Hong Fook, more Across Boundaries, and those are very small.

There must be some agreement on what needs to be in place at a provincial level. That has to be driven by a bottoms-up planning process where, in North York for example, people come together and ask, "Are there enough peer support programs on the ground in North York?" and, if there are not, "How do we change that?"

Some of this involves identifying essential functions. That is what the Graham report did. You need agreement in both a national action plan and a provincial action plan, that there has to be access to treatment. There has to be crisis. There has to be case management. There have to be consumer and family supports. There has to be a menu. Then the federal government

M. Lurie : Je regardais justement le rapport, et j'ai surligné ce que nous avons dit sur la question en 1998. Je vais d'ailleurs laisser cela au sénateur Kirby. Il faut que les ministères se consultent, et je donnerais comme exemple le dossier du logement.

On pourrait faire valoir que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer en matière de logement. De plus, il existe une stratégie Ontario-Canada sur le logement abordable dont on est encore en train d'établir le mandat. On parle ici de 20 000 logements abordables à Toronto. Il faudrait sans doute que les deux paliers de gouvernement s'engagent en ce sens. Mais le gouvernement fédéral pourrait peut-être faire preuve d'une certaine souplesse et décider d'injecter certains fonds pour aider l'Ontario, si celle-ci était incapable de financer la construction des logements abordables pendant les trois premières années, pour cause de déficit. Le ministère de la Santé a ce qu'il faut pour subventionner les services de soutien, grâce aux fonds reçus en vertu de l'entente sur la santé.

Il s'agit pour le gouvernement de regarder ce qu'il faut et quels sont les objectifs en matière de logement. Le gouvernement pourrait aussi se demander comment faire pour mettre en commun tous les montants nécessaires, comme l'ont fait le Royaume-Uni et d'autres pays. Il devrait également permettre une certaine marge de manœuvre en fonction de la capacité de payer de chacun. Cela aussi est important.

Mais le gouvernement fédéral pourrait également décider de ne pas financer l'Ontario parce que le gouvernement ontarien refuse de verser des fonds de contrepartie. Je répliquerais à cela que le simple citoyen ne veut pas savoir d'où proviennent les fonds. Le gouvernement fédéral pourrait plutôt décider de verser au moins sa part, en faisant comprendre aux Ontariens qu'ils auraient pu recevoir plus encore si le gouvernement provincial avait accepté de verser des fonds en contrepartie.

Mais il y a aussi les autres secteurs qui relèvent de la compétence du gouvernement fédéral. On vous a parlé de la gamme des services nécessaires aux immigrants et aux réfugiés. Le gouvernement fédéral ne verse rien pour combler les besoins en santé mentale des immigrants et des réfugiés, car il affirme que ces soins relèvent de la province. Or, la province nous dit à son tour qu'elle ne peut même pas financer les soins de santé communautaires ici, mais qu'elle voudrait savoir aussi comment elle pourrait subventionner plus d'organisations plus petites comme Hong Fook, ou Across Boundaries, par exemple.

Il faut que l'on s'entende sur ce qui doit être instauré au palier provincial. La planification doit se faire à partir de la base vers le haut, et il faudrait par exemple que les habitants de North York se regroupent pour se demander s'il y a suffisamment de programmes de soutien des pairs à North York et comment il est possible de changer la situation, dans la négative.

Une partie du travail consiste à cerner les fonctions essentielles, comme l'a fait le rapport Graham. Il faut que le plan d'action national et le plan d'action provincial se concertent pour qu'il y ait accès au traitement. Il faut des programmes de réaction aux crises et de gestion des cas, de même que des programmes de soutien au consommateur et à la famille. Il faut donc offrir tout

can say to the provinces, "Together we need to make sure that money hits the streets for certain services, but you decide locally what mix is appropriate."

If we have a mental health commission, that will be watching. It will be conducting hearings across the country to assess whether, say, Ontario got it right or not.

It is a multifaceted approach. I draw your attention to both Australia and New Zealand where they said that they would ensure that 3 per cent of their population who have mental illness would have access to care at any point in time. Seven years after the New Zealand mental health plan, the average across that country is about 2.5 percent. They have made real progress on meeting that service objective. Those kinds of things must be specified, whether it is in a provincial mental health plan or otherwise.

In 1992, Ontario set for itself the New Zealand funding targets. We wanted to have 60 per cent of the money in the community by 2003. It is now 2005. We have achieved about 40 per cent, up from 20 per cent. How long will it take to go the rest of the way?

I think that, for example, on the ground, the federal government does a good job, although it is an annual process, in that they do have responsibility for and fund employment programs. The Ministry of Health here does not have money to put into employment programs. Our agency, for example, has been able to access about \$750,000 a year for employment programs that are targeted at people with mental health issues who are having trouble entering or staying in the work force.

You have to recognize that, even if you have various jurisdictions, you must make sure that the employment money is on the table at the same time that the Ministry of Health is funding case management. It is a menu approach, that is, identifying what needs to be in place in a community and determining what role each level of government can play in that.

The other interesting thing is, on the employment side, we not only leverage federal government money but we use the ODSP for that purpose. That is an example of a multi-ministry approach. However, the consumer does not know that the federal government is funding the worker or that ODSP is funding the worker who is helping him or her get a job. The consumer just knows that the worker is out there to help them get the job. I think that is a good model.

Senator Cordy: Paul, I want to turn to suicide prevention and programming. How do you go about letting people know how to identify people who are at risk? Are there programs, say, in schools where you target a specific group? You talked

un menu de services. Puis, le gouvernement fédéral pourra dire aux provinces qu'ensemble, il faut faire en sorte que les fonds versés soient utilisés localement pour certains services, tout en laissant justement la collectivité décider par elle-même quelle est la meilleure façon de les utiliser.

Une éventuelle commission de la santé mentale pourrait servir de chien de garde, puisqu'elle mènerait des audiences d'un bout à l'autre du pays pour évaluer si les provinces, comme l'Ontario, ont bien compris la façon de faire ou pas.

Il faut être polyvalents. Je vous rappelle que l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont décidé que 3 p. 100 de leur population souffrant de maladie mentale aurait accès aux soins à tout moment. Sept ans après l'instauration du régime de soins de santé mentale néo-zélandais, on soigne en moyenne partout au pays 2,5 p. 100 de la population malade. La Nouvelle-Zélande a donc démontré sérieusement qu'elle voulait atteindre cet objectif de service. Il s'agit là d'objectifs qu'il est important de préciser, que l'on parle d'un régime de santé mentale provincial ou d'un autre régime.

En 1992, l'Ontario s'est donné pour cible les niveaux de financement de la Nouvelle-Zélande. On voulait qu'en 2003 la collectivité bénéficie de 60 p. 100 du financement. Nous sommes maintenant en 2005. Le financement est passé de 20 p. 100 à 40 p. 100. Combien de temps cela prendra-t-il pour qu'on atteigne notre objectif?

Pour vous donner un exemple, sur le terrain, le gouvernement fédéral se débrouille bien, même s'il s'agit d'un processus annuel, car la responsabilité et le financement des programmes d'emploi lui reviennent. Ici, le ministère de la Santé ne peut pas se permettre de financer les programmes d'emploi. Notre association, par exemple, a pu bénéficier d'environ 750 000 \$ par année, financement qui est destiné aux programmes d'emploi ciblant les personnes souffrant de troubles psychologiques qui ont du mal à se trouver ou à garder un emploi.

S'il est vrai que diverses administrations sont concernées, il faut tout de même s'assurer que le financement des programmes d'emploi soit disponible en même temps que les fonds consentis par le ministère de la Santé à la gestion des cas. L'approche utilisée est personnalisée, c'est-à-dire qu'il faut définir les besoins des collectivités puis déterminer quel rôle peuvent jouer les différents paliers de gouvernement.

Il y a autre chose d'intéressant. Pour ce qui est de l'emploi, nous bénéficions non seulement du financement fédéral mais également du POSPH. C'est une approche qu'on peut qualifier de multiministérielle. Par contre, le demandeur d'emploi ne sait pas que c'est le gouvernement fédéral qui le finance ni que c'est le POSPH qui finance le travailleur qui l'aide à trouver du travail. Le demandeur d'emploi sait tout simplement qu'il y a un travailleur qui l'aide à se trouver un emploi. C'est un bon modèle.

Le sénateur Cordy : Paul, j'aimerais qu'on parle de la prévention du suicide et des programmes. Comment faites-vous pour montrer aux gens comment identifier les personnes à risque? Existe-t-il des programmes, par exemple, dans les écoles où vous

about the incidence of suicide amongst men. How do you go about targeting a group?

I remember when sex education first started in the school system. The hew and cry from the community was that, if we taught kids about birth control, they would all go out and have sex. Do you find a similar attitude when you approach suicide prevention and suicide programming in schools?

Dr. Links: That is a very important point that is actually part of the goals and objectives of the national strategy. You have to do some gatekeeper education. People at the front lines need to be informed about who is at risk and then know what to do.

As an example, we are currently working with the Toronto Transit Commission to try to educate staff about identifying people who may be stressed and at risk, with the ultimate goal of increasing what they call "apprehensions," that is, taking people to hospital or to a care centre with the ultimate goal of reducing the risk of suicide on the subway.

All of this has to be carefully done because by just giving people the facts without telling them what to do and who to go to, will not necessarily have an impact. Certainly, gatekeeper education is part of an effective suicide prevention program.

Senator Cordy: Did you say the transit system?

Dr. Links: The Toronto Transit Commission. They have a problem with suicides on the transit system. The goal is to increase the education of all staff about what they can do to prevent it. It is a good example of how you can run gatekeeper education programs.

Perhaps I could echo what Steve is saying. In the area of suicide prevention, what we do know is what we should do, what the goals should be, and where we should take the lead. One thing that is missing that is in your report is leadership. I think federal leadership will have an impact in suicide prevention in that you can set targets, as other countries have done, in seeking a reduction in rates as one of the parameters to determine if your dollar is being spent well.

Senator Trenholme Counsell: This morning I have two questions. This is an excellent blueprint. I sometimes sit here and wonder if we are reinventing the wheel. However, your final comment that federal leadership will make a difference is what this committee is all about. You give us some hope that we are not duplicating too much.

First, what response have you had from the federal government, since we are representing the federal government, on this particularly excellent blueprint?

ciblez un groupe particulier? Vous avez mentionné l'incidence du suicide chez les hommes. Comment faire pour cibler un groupe précis?

Je me souviens quand on a commencé à enseigner l'éducation sexuelle. Ça a soulevé un véritable tollé et on disait que si on leur parlait de contraception à l'école, on inciterait les élèves à avoir des relations sexuelles. Est-ce que la prévention du suicide et les programmes sur le suicide dans les écoles ont suscité la même réaction?

Le Dr Links : Vous soulevez un aspect très important qui fait en réalité partie des objectifs de la stratégie nationale. Il faut qu'on ait une méthode de sensibilisation préventive. Les premiers intervenants doivent savoir qui est à risque et comment réagir.

Par exemple, nous collaborons actuellement avec la Toronto Transit Commission afin de permettre au personnel d'identifier les personnes stressées ou à risque dans le but d'augmenter le nombre de ce qu'on appelle les « arrestations » menant à la prise en charge des personnes concernées par les hôpitaux ou les centres de soins, faisant ainsi baisser le nombre potentiel de suicides dans le métro.

Il faut procéder prudemment parce qu'on ne peut pas vraiment espérer avoir un impact si, en plus de la sensibilisation, on n'explique pas clairement aux personnes concernées ce qu'il faut faire et vers qui il faut se tourner. Il est clair que la sensibilisation préventive fait partie de tout programme de prévention du suicide qui se veut efficace.

Le sénateur Cordy : Vous avez parlé du système de transport en commun?

Le Dr Links : Oui, la Toronto Transit Commission. Les suicides dans le métro, c'est un véritable problème. L'objectif, c'est de montrer au personnel ce qu'il peut faire pour le prévenir. C'est un bon exemple de programme de sensibilisation préventive.

Je répéterai ce qu'a dit Steve. Pour ce qui est de la prévention du suicide, nous sommes conscients de certaines choses : nous savons ce que nous devrions faire, quels devraient être les objectifs et dans quels secteurs nous devrions mener. Par contre, il y a un élément qui manque et qui est dans votre rapport, le leadership. Le leadership fédéral aurait un impact sur la prévention du suicide parce que le gouvernement pourrait établir des objectifs, comme d'autres pays l'ont fait, en matière de réduction des taux de suicide. On pourrait ensuite se servir de ce paramètre, parmi d'autres, afin de déterminer si l'argent est dépensé à bon escient.

Le sénateur Trenholme Counsell : J'ai deux questions à vous poser ce matin. Ce plan est excellent. Parfois, je me demande si nous ne réinventons pas la roue. Votre dernière remarque sur le leadership fédéral qui fera toute la différence va au cœur du mandat de notre comité. Vous nous donnez l'espoir que nous ne faisons pas trop double emploi.

Premièrement, quelle réponse avez-vous eue du gouvernement fédéral, puisque c'est lui que nous représentons, au sujet de cet excellent plan?

Second, I wear the shoes of an old, family doctor and I have the strong feeling that, if we are ever going to get this right, and if we could redesign things all over again, whether the community health centre is the ideal thing.

For instance, in the city of St. John the kind of centre that is being developed brings together many different aspects of health care, rather than having mental health clinics and so on. I do recognize that mental health requires a great deal of special attention. I wonder whether we could bring so much together community by community, region by region by working with all of the health providers, the federal government providing leadership and, serve our people so much better than we are now.

One of the most challenging groups to bring into this concept is the family doctors, the physicians themselves. In an ideal world, would this make a huge difference if we could have that concept well-embedded community by community, region by region across this land?

Dr. Links: I will speak to the first point first. The blueprint has only been out since October, so we are still getting the message out. Where we have had response is from a number of communities who have gone through the document and say that they are working on this.

For example, a group that is related to CASP is working to set up a national crisis phone line so that there would be a 300 number throughout Canada. One of the objectives is to have something that would be easily accessible in all communities. We have heard about other initiatives.

In our province, the Association of General Hospitals with Psychiatric Services has recently started an initiative to look at preventing suicide within a general hospital setting where there are, of course, many people at high risk.

When we put the blueprint out, the groundwork was already done. The community in the suicide prevention field has a long tradition of working together. That is the message I want to convey. If we have leadership now, lots can happen.

Mr. Milak: On the topic of community health centres, VON's opinion would be, a resounding yes. We do believe that is a model that has great merit. That is not restricted to the community health centre, we also see a role for home care. Ontario has one of the highest levels of home care in the country but still, nursing has been rationed. A result of that is loss of early detection, particularly as it relates to the aged. The loss of school nurses means that the young are also not necessarily benefiting from the same level of early detection that we had traditionally.

Mr. Lurie: As Gordon just said, I do not think one size fits all. Community health centres have done a good job. In Ottawa there are one or more community health centres that have assertive community treatment teams. I know Carrie Hayward spoke to you about that the other day. It is a partnership within

Deuxièmement, je suis un vieux médecin de famille et je crois fermement que si nous avions la chance de recommencer à zéro, nous considérerions probablement que l'idéal, c'est le centre de santé communautaire.

Par exemple, à St. John, on est à mettre sur pied un centre qui rassemblera divers aspects des soins de santé plutôt que de créer des cliniques pour la santé mentale et ainsi de suite. Je reconnais que la santé mentale nécessite beaucoup d'attention spéciale. Je me demande toutefois si on ne pourrait pas rassembler les ressources des collectivités et des régions et, en collaboration avec tous les dispensateurs de soins de santé, sous l'égide du gouvernement fédéral, servir la population beaucoup mieux qu'à l'heure actuelle.

Il est particulièrement difficile d'amener les omnipraticiens, les médecins eux-mêmes, à embrasser ce concept. Est-ce que ce ne serait pas l'idéal que de mettre sur pied des centres de santé communautaire dans chaque collectivité, dans chaque région, à l'échelle du pays?

Le Dr Links : Je répondrai d'abord à votre première question. Ce plan n'a été rendu public qu'en octobre et nous nous occupons encore de le faire connaître. Certaines collectivités ont examiné le document et nous ont dit qu'elles travaillent à des initiatives de ce genre.

Ainsi, un groupe associé à l'ACPS travaille à mettre sur pied une ligne téléphonique nationale pour les personnes en crise qui auraient le même numéro 300 dans tout le pays. On vise à créer quelque chose qui serait facilement accessible partout. Nous avons aussi entendu parler d'autres initiatives.

Dans notre province, l'Association of General Hospitals with Psychiatric Services a récemment lancé un projet de prévention du suicide dans les hôpitaux généraux où on trouve, bien sûr, beaucoup de gens à risque.

Quand nous avons rendu public notre plan, le défrichage avait été fait. Dans le domaine de la prévention du suicide, on travaille en étroite collaboration depuis longtemps. C'est là le message que nous voulons transmettre. Si le leadership existe, on peut accomplir beaucoup.

M. Milak : Au sujet des centres de santé communautaire, notre organisme est convaincu que ce modèle a beaucoup de mérite. Et cela ne se limite pas aux centres de santé communautaire : Nous croyons aussi que les soins à domicile pourraient revêtir plus d'importance. En Ontario, on a un des plus hauts niveaux de soins à domicile au pays, mais les services infirmiers sont encore rationnés. La capacité de dépistage précoce s'en trouve minée, surtout auprès des personnes âgées. De même, parce qu'il n'y a plus d'infirmières dans les écoles, on n'est plus en mesure d'identifier très tôt les enfants qui ont besoin d'aide.

M. Lurie : Comme l'a dit Gordon, il n'y a pas de solution universelle. Les centres de santé communautaire font du bon travail. À Ottawa, il y a un ou deux centres de santé communautaire qui se composent d'équipes de traitement très dynamiques. Je sais que Carrie Hayward vous en a parlé l'autre

one organization. It is a specialized mental health service for people with serious mental illness as well as improved primary care.

There are many examples. The CMHA Windsor branch has been able to hire a nurse practitioner for their clients who have serious mental illness, and in one year, they have picked up 800 people. When I heard about that, I thought that we would like to do it in Toronto. However, we could not do it here because Windsor is identified by the Ministry of Health as an underserved area, and Toronto is not. If we had said to the Ministry of Health, "Isn't mental health an underserved area?" then we might have been able to qualify, but we could not.

There are also the shared care models that Nick Kates and colleagues have developed. I am hopeful that they will either make written or oral presentations to your committee. Twenty years of work has been done in the area of how to provide support to family physicians. Paul Links and I were at a meeting last spring where a network of GP psychotherapists working with psychiatrists around mental health issues has been formed.

There are lots of models. The conceptual frameworks I would leave you with are, to some degree, New Zealand and the U.K. They have got it right in terms of a planning framework.

From a population perspective, if you say that one in five Canadians or 20 per cent will have mental illness, but 17 per cent will have mild to moderate forms of mental illness, and since family physicians are the gatekeepers to mental health care in at least 50 per cent of the time, you could determine that the main access point will be through family physicians, community health centres, but you may want to have a shared care framework. You may want to have technical assistance provided to GPs as a formal program.

Helen Lester is a psychiatrist in Birmingham. She did an interesting review of access to care through GPs for people with mental disorder. She found that the good news was, if you went to your GP, you could get rapid access to care. It was easily accessible. However, she also found that, for example, amongst GPs, because they had not had a lot of training in mental health, they had huge problems with stigma. Consumers reported that they would tell their GPs that they wanted to go to work and the GP would say, "You have got schizophrenia. You cannot work."

A lot of work needs to be done. We can use the primary health care reform initiative to knit the parts together in a more substantial way.

Senator Keon: Thank you for your truly thought-provoking presentations and the tremendous amount of information you have given to us that we, no doubt, will use.

jour. C'est un partenariat au sein d'une seule organisation. Ça permet d'offrir des services spécialisés à ceux qui souffrent de troubles mentaux graves et d'améliorer les soins primaires.

Il y a bien d'autres exemples. La section de Windsor de l'ACSM a pu recruter une infirmière praticienne pour ses clients souffrant de troubles mentaux graves et, en un an, a pu desservir 800 personnes. Quand j'ai entendu parler de ce projet, je me suis dit que j'aimerais en faire autant à Toronto. Toutefois, ce n'est pas possible car Toronto n'a pas été désignée comme région insuffisamment desservie par le ministère de la Santé comme l'a été Windsor. Si nous avions dit au ministère de la Santé que le domaine de la santé mentale était insuffisamment desservi, nous y aurions peut-être eu droit, mais ça n'a pas été possible.

Il y a aussi les modèles de soins partagés que Nick Kates et ses collègues ont mis au point. J'espère qu'ils présenteront des mémoires à votre comité ou y témoigneront. On a consacré 20 ans de travail à la question du soutien aux médecins de famille. Paul Links et moi avons assisté à une rencontre au printemps dernier où un réseau d'omnipraticiens et de psychothérapeutes collaborant avec des psychiatres a été formé autour des questions de santé mentale.

Il y a un grand nombre de modèles. Les cadres conceptuels que je signale à votre attention sont, dans une certaine mesure, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni. Au niveau de la planification, ces pays ne se sont pas trompés.

Dans une perspective démographique, si vous dites qu'un Canadien sur cinq ou 20 p. 100 de la population a une maladie mentale, mais que 17 p. 100 auront des formes douces à modérées de maladie mentale, et étant donné que les médecins de famille sont les portiers de la santé mentale dans au moins 50 p. 100 des cas, vous pourriez décider que le principal point d'accès sera le médecin de famille ou le centre de santé communautaire, mais vous voudrez peut-être un cadre de soins partagés. Vous voudrez peut-être une assistance technique qui sera fournie aux omnipraticiens dans le cadre d'un programme structuré.

Helen Lester est psychiatre et pratique à Birmingham. Elle a fait un examen intéressant de la question de l'accès aux soins pour les personnes éprouvant un trouble mental qui sont passées par les omnipraticiens. Elle a constaté que si l'on s'adressait à l'omnipraticien, on pouvait obtenir un accès rapide à des soins, ce qui est une bonne chose. Ces soins étaient aisément accessibles. Cependant, elle a également constaté que, par exemple, étant donné que les omnipraticiens n'ont pas une longue formation en santé mentale, ils avaient une force tendance à la stigmatisation. Des patients ont rapporté qu'ils disaient à leur omnipraticien qu'ils voulaient retourner au travail, et l'omnipraticien leur répondait : « Vous êtes schizophrène. Vous ne pouvez pas travailler. »

Il y a beaucoup à faire de ce côté. Nous pouvons utiliser l'initiative de réforme des soins de santé primaires pour bâtir des ponts plus solides.

Le sénateur Keon : Merci pour ces exposés qui donnent amplement matière à réflexion et pour ces informations abondantes dont nous ferons notre profit sans aucun doute.

As you know, this is the first province we are visiting. We will visit all the provinces and territories, and then hopefully by December we will have a report out that will, in fact, be some sort of strategic plan for mental health. We are the only G8 country without such a plan. It will be a structural framework for tying together all of the services to which you have referred, Steve. It will be the "menu" that will make this possible.

To date we have heard that the missing link is the combination of community services, primary care, home care and emergency care at the community level. We are groping for a way to tie that together.

I am fairly familiar with the Ontario model because I have worked in the Ontario system as a practitioner and as a health administrator for 35 years. When you look at that model and at the organization chart of the Ministry of Health and so forth, it is truly a nightmare.

The LHINs are coming out and, in mental health, we have nine proposed areas. Those have not been implemented so far, but they are in the planning department, and those do not correspond to the LHINs. All the Ministry of Health silos are funding this, that and the other thing. The chances of getting resources in the way of personnel and cash flow and so forth down through the system to fill the holes and to complement what is there in the way of good resources at this point in time are not great.

Should mental health services be planned within the existing health system of Ontario? Much of it was outside, although it is gradually coming in. How can this network with social services and community services? I do not believe in this, but is there still a case for planning a mental health system that would network with the health system and with the social services system? I would like to hear from all three of you on that.

Mr. Lurie: I will start with a historic view. When we developed asylums in this country, we had a separation. Then the general hospital sector came on. In the 1960s and 1970s we saw the development of general hospital psychiatric units. Then, in the 1980s and 1990s, we saw the development of community mental health. Since then, we have been trying to figure out how you bring the system together.

The task forces to which you referred came up with different models but, interestingly enough, with the exception of the southwest, which went for a pure network model, the other the task forces said that we need something like a mental health authority such as the New Brunswick Mental Health Commission, which was very successful.

I think you will always need to knit mental health into the health care system. The discussion we have had about access to primary care for people with serious mental illness is a good example of that. It is also important to be able to organize the mental health system and the addictions system

Comme vous le savez, c'est la première province où nous allons. Nous allons visiter toutes les provinces et tous les territoires et nous espérons que, d'ici décembre, nous produirons un rapport qui constituera en fait une sorte de plan stratégique pour la santé mentale. Notre pays est le seul du G8 qui n'a pas un tel plan. Ce sera un cadre structurel qui unira tous les services que vous avez mentionnés, Steve. Ce sera le « menu » qui rendra cela possible.

Ce qu'on nous a dit jusqu'à ce jour, c'est que le chaînon manquant, c'est la combinaison de services communautaires, de soins primaires, de soins à domicile et de soins d'urgence au niveau communautaire. Nous tâchons de trouver un moyen d'unir tout cela.

Je connais assez bien le modèle de l'Ontario parce que j'ai travaillé dans le système ontarien comme praticien et administrateur de la santé pendant 35 ans. Quand on regarde ce modèle et l'organigramme du ministère de la Santé et le reste, c'est vraiment un cauchemar.

On s'apprête à créer les RLISS et, en santé mentale, on propose neuf régions. Elles n'ont pas encore été créées, mais on en est au niveau de la planification, et ces régions ne correspondent pas aux territoires des RLISS. Tous les silos du ministère de la Santé financent ceci et cela. On n'a pas grand-chance d'obtenir des ressources sous forme de personnel et d'argent pour combler les trous dans le système et compléter les bonnes ressources qu'on a déjà.

Les services de santé mentale devraient-ils être planifiés à l'intérieur du système de santé existant en Ontario? Une bonne part de cette planification se faisait à l'extérieur, mais on assiste à une intégration graduelle. Comment peut-on faire le pont avec les services sociaux et communautaires? Je n'y crois pas, mais y a-t-il encore lieu de planifier un système de santé mentale qui opérerait une jonction avec le système de santé et le système des services sociaux? J'aimerais avoir votre avis à tous trois sur cette question.

M. Lurie : Je vais commencer par une rétrospective historique. Lorsque nous avons ouvert nos asiles dans notre pays, il y avait séparation. Puis est arrivé le secteur hospitalier général. Dans les années 1960 et 1970, on a assisté à la création des unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux. Puis, dans les années 1980 et 1990, on a vu émerger la notion de santé mentale communautaire. Depuis ce temps, nous essayons d'harmoniser le système.

Les groupes de travail que vous avez mentionnés ont proposé divers modèles, mais chose intéressante, à l'exception du sud-ouest, qui a épousé un pur modèle de réseau, les autres groupes de travail ont dit qu'il nous fallait une autorité de santé mentale quelconque, comme la Commission de santé mentale du Nouveau-Brunswick, qui connaissait beaucoup de succès.

Je pense qu'il faudra toujours insérer la santé mentale dans le système de santé général. La discussion que nous avons eue à propos de l'accès aux soins de santé primaires pour les personnes atteintes de maladie mentale grave en est un bon exemple. Il faut aussi pouvoir organiser le système de santé mentale et le système

because they are not organized. As I said earlier, that can come from a community planning effort where specific objectives are set.

I want to give you a concrete example, because you could go either way on this. In Auckland — and I will have a chance to observe this first-hand in a few weeks — they have, as you know, a mental health plan that specifies what needs to be in place in Auckland. They have, in the words of their mental health administrator there, “a district health board that does not know much about mental health.” However, they have a coalition of 40 providers, consumers and family groups that come together every year to look at that national mental health plan, bring it down to the Auckland level and ask about where they should be investing their resources. They ask, “Are we getting the results we need?” Then they present a report to the district health board, which approves it.

Senator Keon: Steve, if I could interrupt you for a minute. I am reasonably familiar with the system there, and, in fact, I have a niece in that system. The point is that they have a unicameral government, a small population and a simple organizational chart.

When you are there, would you give some thought to how we with our federal-provincial mosaic could find a fit for that very neat chart that they have?

Mr. Lurie: Given the traditional division of powers, the provinces will have to have mental health plans with fixed objectives, funding targets, ring fencing. That is a key ingredient in this country.

If you could get them to agree that you will work on certain things together, and the federal government will cost share, that would be an improvement. In that framework — and Graham said this in 1988, Wilson and colleagues said it in 1999 and 2003 — you will still need regional and local plans to get the work done. Then the funding has to match up with the local and regional plans.

When you get to New Brunswick, you could ask them to reflect on how they have done in mental health care, bearing in mind their experience with the Mental Health Commission. That part of the country moved the fastest and in the most effective way. It is small, but they did have regional divisions in the commission. If they compare the experience with the commission to what they now have, where mental health services have been re-integrated into the department of health, will they tell you that this is better?

The other question is — and I have been struggling to get some data across the country — how does mental health do in a health authority environment here in this country? I remember having a discussion with Glen Rutherford who used to run the Saskatoon Mental Health Centre. About five years ago, he said to me, “I have the best 1950s mental health service that you could imagine.” I asked, “Why is that?” He responded, “Because every

de traitement des toxicomanies parce qu'ils ne sont pas organisés. Comme je l'ai dit plus tôt, cela peut venir d'un effort de planification communautaire où des objectifs précis auront été arrêtés.

Je tiens à vous donner un exemple concret parce qu'on peut aller dans un sens ou dans l'autre ici. À Auckland — et j'aurai la chance de voir tout cela de mes yeux dans quelques semaines — il existe, comme vous le savez, un plan de santé mentale qui précise les moyens qu'il faut mettre en place à Auckland. Comme l'a dit leur administrateur de la santé mentale là-bas, ils ont « un conseil de district de la santé qui ne connaît pas grand-chose à propos de la santé mentale ». Cependant, ils ont une coalition de 40 fournisseurs, consommateurs et groupes familiaux qui se réunissent chaque année pour étudier le plan de santé mentale, le situer au niveau d'Auckland et voir où ils doivent investir les ressources. Ils posent la question suivante : « Obtenons-nous les résultats qu'il nous faut? » Puis ils présentent un rapport au conseil de district de la santé, qui l'approuve.

Le sénateur Keon : Steve, permettez-moi de vous interrompre un instant. Je connais assez bien le système là-bas, et j'ai d'ailleurs une nièce qui est dans ce système. Le fait est que le gouvernement de ce pays est unicaméral, la population est peu nombreuse et l'organigramme est simple.

Quand vous serez là-bas, auriez-vous l'obligeance de réfléchir à la manière dont nous pourrions transplanter ce très joli tableau dans notre mosaïque fédérale-provinciale?

M. Lurie : Étant donné la séparation traditionnelle des pouvoirs, les provinces devront avoir des plans de santé mentale avec des objectifs fixes, des cibles de financement et des affectations de fonds irrévocables. C'est un élément essentiel dans notre pays.

Si vous pouviez les convaincre que vous allez travailler avec elles dans certains dossiers, et que le gouvernement fédéral va absorber sa part des coûts, ce serait une amélioration. Dans ce cadre — et Graham l'a dit en 1988, Wilson et ses collègues l'ont dit en 1999 et 2003 — il vous faudra quand même des plans régionaux et locaux pour faire le travail. Puis le financement doit correspondre aux plans locaux et régionaux.

Lorsque vous irez au Nouveau-Brunswick, vous pourriez leur demander de réfléchir à ce qu'ils ont fait en santé mentale, en vous appuyant sur l'expérience qu'ils ont acquise avec la Commission de la santé mentale. Cette région du pays est celle qui a agi le plus rapidement et le plus efficacement. C'est une petite commission comportant des divisions régionales. S'ils comparent l'expérience qu'ils ont eue avec la Commission à ce qu'ils ont maintenant, où les services de santé mentale ont été réintégrés au ministère de la Santé, est-ce qu'ils vous diront que c'est mieux?

L'autre question est celle-ci, et j'ai eu du mal à obtenir des données partout au pays, comment se porte la santé mentale dans un contexte d'autorité de la santé dans notre pays? Je me rappelle en avoir discuté avec Glen Rutherford qui dirigeait le Centre de santé mentale de Saskatoon. Il m'a dit, il y a environ cinq ans : « J'ai le meilleur service de santé mentale des années 1950 que tu peux imaginer. » Je lui ai demandé : « Mais pourquoi? » Sa

time we came up with an innovative approach to move money and create community capacity in mental health, the money got scooped into physical health care.”

You have a real dilemma. What you need to do is specify that each provincial government needs to have a mental health plan with fixed objectives, performance targets and a funding strategy. Whether it is within a health authority environment or a separate mental health authority environment, you would then have a track. Are we making progress? Is that menu of services in place, yes or no? Is there service quality, yes or no? How will we know this? You will know by both ongoing monitoring and funding research and evaluation. I do not think you can take a simple cookie-cutter approach.

Some would argue that mental health would get more air time if it were separated. Here in Ontario we are talking about probably \$1.5 billion to \$2 billion of annual expenditure. That is big enough to be a ministry.

When you are in British Columbia, it will be interesting to ask what their experience is with regard to having a ministry of state for mental health. Has it made a difference?

Mr. Milak: I would like to speak to that question from more of a rural Ontario standpoint.

I have just received the work from the LHINs that I will be situated in which runs from Lake Erie up into Owen Sound. It represents about a million people, only 350 of them are in the city of London, so the remaining population is less than 50 people per square kilometre.

When we are talking about resources across the continuum, whether it is primary health, mental health or even other community support services, I think that population base would be similar to that in many provinces in areas outside of the urban centres. Therefore, providing access, providing human resources and particularly specialty resources becomes an incredible challenge. With respect to family practitioners, it is an acute situation in those particular areas. Somebody being the gatekeeper to any of those services is particularly important.

It is also important that it be community-based. Obviously, there are unique situations. I agree with Steve that there has to be planning at multiple levels in order to be effective, but it does need to be integrated.

One of the programs that we provide is volunteer visiting. Quite simply, somebody will befriend an elderly person who is beginning to withdraw socially and, left unchecked, there will be health consequences and possibly early admission into a long-term care facility, unnecessarily. It is similar to the situation that the first panel discussed, that is, getting together once a month and dancing for a couple of hours. Mental health issues are the same. It is an integrated community. It is about living independently in your community for as long as possible, and that

réponse : « Parce que chaque fois que nous trouvons une approche innovatrice pour économiser de l'argent et créer des capacités communautaires en santé mentale, l'argent est aspiré par les soins de santé physique. »

C'est un vrai problème. Ce qu'il faut faire, c'est préciser ce dont chaque gouvernement provincial a besoin pour avoir un plan en santé mentale avec des objectifs fixes, des cibles de rendement et une stratégie de financement. Que l'on soit dans un contexte d'autorité de la santé ou un contexte où l'autorité de santé mentale est distincte, on aurait au moins un plan. Est-ce que nous faisons des progrès? Est-ce que ce menu de services est en place, oui ou non? Est-ce que le service est de qualité, oui ou non? Comment saurons-nous tout cela? On le saura en effectuant des contrôles suivis et en finançant la recherche et l'évaluation. Je ne crois pas qu'on puisse y aller simplement à la pièce.

Certains vous diront que la santé mentale ferait davantage parler d'elle si elle était séparée du reste. Ici en Ontario, on parle d'une dépense d'environ probablement 1,5 à 2 milliards de dollars. C'est assez d'argent pour en faire un ministère.

Quand vous serez en Colombie-Britannique, vous trouverez intéressant de leur demander quelle expérience ils ont vécue avec leur ministère d'État à la santé mentale. Ce ministère a-t-il changé des choses?

M. Milak : J'aimerais parler de cette question d'un point de vue plus proche de l'Ontario rurale.

Je viens d'apprendre que je serai situé dans le RLISS qui s'étend du lac Érié jusqu'à Owen Sound. Cela représente environ 1 million de personnes, dont seulement 350 sont dans la ville de London, si bien que le reste de la population fait moins de 50 personnes par kilomètre carré.

Quand on parle de ressources dans le continuum, qu'il s'agisse de santé primaire, de santé mentale ou même des autres services de soutien communautaire, je pense que la base démographique serait semblable à cela dans de nombreuses provinces dans les secteurs hors des centres urbains. Par conséquent, offrir un accès, offrir des ressources humaines et, en particulier, des ressources spécialisées devient incroyablement compliqué. Pour ce qui est des médecins de famille, c'est une situation grave dans ces régions. Il est particulièrement important que quelqu'un se fasse la porte d'accès à ces services.

Il est également important que ce service ait une base communautaire. De toute évidence, il y a des situations uniques. Je suis d'accord avec Steve pour dire qu'il faut planifier à des niveaux multiples afin d'être efficaces, mais il faut qu'il y ait intégration.

L'un de nos programmes est la visite de bénévoles. Tout simplement, vous vous liez d'amitié avec une personne âgée qui commence à se retirer socialement et qui, si elle est laissée à elle-même, risque de voir sa santé déprimer et peut-être d'être admise plus tôt et inutilement dans une maison de soins de longue durée. Cela ressemble à la situation que mentionnait le premier groupe de témoins, c'est-à-dire se réunir une fois par mois et danser pendant quelques heures. Pour les problèmes de santé mentale, c'est la même chose. C'est une communauté intégrée. Il s'agit de

requires all of those inter-ministerial networks being created. If they are independent, they need to be joined at the hip. If they are put into a super ministry, then it needs to be very streamlined so that the bureaucracy does not consume the resources.

Dr. Links: My comments would echo Steve's. The point needs to be made that there has to be protected resources. Whether it is within or without, it has to be a package of resources that is protected from other initiatives. The point about having the evaluative outcomes is important, and that could certainly drive the field.

Just to reiterate, leadership is very important. When I was in a large university in the States they gave the example of the U.S. strategy. In this large university the mental health worker was the person who initiated primary prevention in suicide until the strategy came into place. Now that responsibility lies with the vice-president of student affairs. Leadership makes a difference.

Senator Callbeck: I just have one question which pertains to a point that Steve made in his brief regarding improving services for the mentally ill who are involved with the criminal justice system.

Bill C-10 is currently before the Senate. It proposes to amend the Criminal Code for those unfit to stand trial and those who are found not criminally responsible for criminal acts. I do not know whether you are familiar with the bill or not, but it gives some more tools to the Review Board to do their job, to the police, and it will allow changes to the way victim impact statements are treated. If you are familiar with this bill, I would like to have your comments.

Mr. Lurie: I am familiar with a number of bills. Colleagues from CAMH appeared before the Commons Justice Committee, and if that is the bill that the committee was studying, then I am somewhat familiar with it.

When you address the issue of involvement with the criminal justice system, I would say that, since the 1992 Criminal Code amendments, we have seen what some would call an expansion of the forensic system. That is interesting because Ontario has a document that says if unchecked, all the beds in our psychiatric hospitals would become forensic psychiatric beds in a period of five years.

Ironically, here in Toronto where the mental health program has about 220 people under its jurisdiction, that is, people who have committed a criminal offence, 50 per cent of the offences do not involve injury to a third party. Then I look at who is going through the criminal justice system here in Toronto. According to our court support data, we know that, every year, 2,300 people with mental health issues are involved in the criminal justice system. The offences range from a simple offence of, say, cause disturbance, all the way up to murder. They all do not end up in the forensic system but they all have a need for mental health care.

vivre indépendamment dans son milieu le plus longtemps possible, et cela nécessite la création de tous ces réseaux interministériels. Si ceux-ci sont indépendants, il faut les souder. S'ils sont regroupés dans un super ministère, il faut alors qu'ils soient très rationalisés de telle sorte que la bureaucratie ne consomme pas toutes les ressources.

Le Dr Links : Je suis d'accord avec Steve. Il faut comprendre qu'il doit y avoir des ressources protégées. Qu'on soit dans le système ou en dehors, il faut un ensemble de ressources qui restera à l'abri des autres initiatives. Ce qu'on a dit à propos des résultats d'évaluation est important, et cela pourrait certainement être le déclencheur.

Je le répète, le leadership est très important. Quand j'étais dans une grande université des États-Unis, on donnait l'exemple de la stratégie américaine. Dans cette grande université, le travailleur en santé mentale était la personne qui avait lancé la prévention primaire en matière de suicide avant même que la stratégie soit mise en place. Cette responsabilité appartient maintenant au vice-président aux affaires étudiantes. Le leadership fait toute la différence.

Le sénateur Callbeck : Je n'ai qu'une question qui rejoint ce que Steve a dit dans son exposé à propos de l'amélioration des services pour les malades mentaux qui se retrouvent dans le système de justice pénale.

Le projet de loi C-10 est actuellement étudié par le Sénat. Il propose de modifier le Code criminel pour les personnes incapables de subir un procès et celles qui ne peuvent être jugées criminellement responsables pour des actes criminels. J'ignore si vous connaissez ce projet de loi, mais il donne des outils supplémentaires à la commission de révision, à la police pour faire son travail et il permettra de modifier la manière dont sont traitées les déclarations de victimes. J'aimerais que vous me disiez ce que vous pensez de ce projet de loi, si vous le connaissez.

M. Lurie : Je connais un certain nombre de projets de loi. Des collègues du CTSM ont comparu devant le Comité de la justice des Communes et si c'est le projet de loi que ce comité étudiait, je le connais un peu.

Dans le contexte de l'appareil de la justice pénale, je dirais que depuis les modifications apportées au Code criminel en 1992, il y a ce que certains appellent une extension du champ de l'appareil légal. C'est intéressant parce que selon un document publié par l'Ontario, si on n'y met pas bonne mesure, tous les lits de nos hôpitaux psychiatriques risquent de devenir d'ici cinq ans des lits de psychiatrie légale.

Le comble, c'est qu'ici à Toronto, où le programme de santé mentale regroupe environ 220 personnes, c'est-à-dire des personnes qui ont commis un délit criminel, 50 p. 100 des délits n'impliquent pas de lésions aux droits d'autrui. Prenons maintenant la situation dans le système de justice pénale ici à Toronto. Nos données nous apprennent que chaque année 2 300 personnes souffrant de problèmes mentaux passent par le système de justice pénale. Les délits vont du simple délit de, disons, troubles de l'ordre public jusqu'au meurtre. Ils ne se retrouvent pas tous dans le système légal, mais ils ont tous besoin de soins de santé mentale.

We did a study in this regard, and I can send it to if you would wish. We reviewed the court support services in the five courts here and determined that something like 40 per cent of all the clients moving through the system were having fitness assessments. Luckily, because of the court support program and on-site psychiatrists, those can be done in the cells as opposed to having to send people away for five to 30 days to 60 days to a psychiatric hospital.

We found that 70 per cent of the clients were coming back to court declared fit, not unfit. That tells you something. It tells you that the judges saw these mentally ill folks in front of them and did not know how to get them into care. Fitness was not an issue when it was assessed. I think the big challenge is access to psychiatric services and treatment. In fact, we have been stepping backwards in this province because the Ministry of the Attorney General is now saying that they will only fund assessments under the Criminal Code in the court support programs. That means that our agency has had to dip into our own pockets to fund general psychiatric assessments in a partnership arrangement we have with the Scarborough hospital so that clients going through the courts can get bail.

Some of this it is not a question of fitness. It is a question of access to mental health care. My colleague from CAMH, Dr. Howard Barbaree, who runs their law and mental health program, prepared a report for our Mental Health and Justice Committee some years ago, the in-custody report. That subcommittee identified that it should not matter where you are, you need decent access to mental health care. If you are in the correctional system and you need to see a psychiatrist, you should be able to see one.

In Toronto, 50 per cent of the beds in the special needs units in our jails are occupied by people with serious mental illness, and they are not set up to provide that kind of service. It is a huge issue. That is why one of my recommendations is that there is a role for the federal government to work with the provinces and territories on what models would make a difference. It is not just all about that small forensic population that has grown; it is about the thousands of people who get into trouble with the law and have a mental health problem and need some support.

Senator Cochrane: Steve, you mentioned that there is \$750,000 of funding from the federal government allocated towards finding employment for our recipients. To me, that is an awful small figure because, if you take \$750, you should consider what a savings that means to our hospitals, our health care, our drugs and everything else. That is peanuts. This is just to try to provide our people with employment or part-time employment.

Could Gordon shed some light on your new system of front-line coordination in London. I am sure it will be successful when it is continued on through to Toronto. Will you have somebody there to answer questions from immigrants? In Toronto we found

Nous avons fait une étude sur cette question et je peux vous la faire parvenir si vous le souhaitez. Les rapports des services de soutien des cinq tribunaux de Toronto nous apprennent que près de 40 p. 100 des clients font l'objet d'évaluations d'aptitude. Heureusement, grâce au programme de soutien des tribunaux et à la présence sur place de psychiatres, ces évaluations peuvent être faites dans les cellules sans avoir besoin d'envoyer les intéressés séjourner pendant cinq à 30 jours, voire 60 jours, dans un hôpital psychiatrique.

Nous avons constaté que 70 p. 100 des intéressés finissaient par être déclarés aptes et étaient renvoyés devant le tribunal. C'est significatif. Cela veut dire que présenter à des juges des gens soi-disant mentalement malade sans évaluation préalable ne pose pas de problème. Pour moi le gros problème c'est l'accès aux services psychiatriques et au traitement. En fait, la situation régresse dans notre province car, selon le ministère du Procureur général, désormais ne seront financées que les évaluations pour des faits relevant du Code criminel dans le cadre des programmes de soutien aux tribunaux. Cela signifie que notre agence a dû payer de sa poche les simples évaluations psychiatriques grâce à une entente de partenariat avec l'hôpital de Scarborough qui permet aux prévenus d'être libérés sous caution.

Ce n'est pas une simple question d'aptitude. C'est une question d'accès aux soins de santé mentale. Mon collègue du CTSM, le Dr Howard Barbaree, qui est responsable du programme concernant la santé mentale et le droit, a préparé un rapport interne il y a quelques années pour notre Comité de la justice et de la santé mentale. Selon ce sous-comité, peu importe le système dans lequel se trouve le prévenu, il lui faut un accès décent aux soins de santé mentale. S'il est dans le circuit correctionnel et qu'il a besoin de voir un psychiatre, il devrait pouvoir en voir un.

À Toronto, 50 p. 100 des lits dans les unités de besoins spéciaux de nos prisons sont occupés par des gens qui souffrent de maladie mentale grave et elles ne peuvent assurer ce genre de service. C'est un énorme problème. C'est la raison pour laquelle j'estime que le fédéral a un rôle à jouer et je recommande qu'il examine avec les provinces et les territoires les modèles qui pourraient faire changer les choses. Pas pour pallier cette petite augmentation des cas qui relèvent de la médecine légale, mais pour les milliers qui ont des problèmes avec la loi causés par un problème de santé mentale et qui ont besoin d'aide.

Le sénateur Cochrane : Steve, vous avez dit que le gouvernement fédéral finançait la recherche d'emploi pour nos bénéficiaires à hauteur de 750 000 \$. À mon avis, c'est très peu, parce que si l'on prend 750 \$ il faut quand même tenir compte des économies que cela suppose pour nos hôpitaux, notre système de soins de la santé, nos médicaments et tout le reste. C'est une bagatelle. On essaie simplement de trouver de l'emploi ou de l'emploi à temps partiel pour nos gens.

Gordon pourrait-il nous éclairer sur votre nouveau système de coordination au niveau de la ligne de feu à London. Je suis sûre que ce sera aussi un succès lorsqu'on s'en servira à Toronto. Y aura-t-il quelqu'un là pour répondre aux questions des

out this morning that 55 per cent of the recipients are immigrants. That number appalls me. They are not taken care of. They do not have a voice.

Steve, you talked about your successful home project. The Dream Team made a wonderful presentation, and I supported them. They have a great organization. Are they part of your successful team in housing?

Mr. Lurie: Let me tell you a story about how The Dream Team became established. As you know, they are consumer and family leaders in our community, and we are really fortunate to have them. There was an organization called Boards for Mental Health — they may have mentioned this in their presentation to you — that had been meeting for years trying to bring all the housing and mental health providers together at the governance level. They would let the senior staff attend occasionally. The group was trying to figure out what it should be doing because it was running into problems with provincial funding that it could not seem to resolve. Of course, there were the NIMBY problems that they spoke to you about.

Linda Chamberlain was listening to this discussion and I made the mistake of saying, “I think we are struggling. Maybe we should try to think about what we might do, and only meet when we have an idea.” Linda said, “What are you talking about?” She told her story in the room just as you heard it. That is when a number of us said, “My goodness. That is what you need. You need people who put a face on mental illness and who can show that there is hope at the other end. They can talk about the key ingredients — hope, a job and a friend. Raymond Chung spoke to you about those things, which are clearly an ingredient to a successful housing strategy. They are the product of supportive housing funding being available. They are a product of those 2,000 units that were brought on stream over the last 20 years, but we cannot wait for another 20 years for more units.

As to the immigrant issue, DART, the registry of addiction treatment that currently exists in London has access to an instant interpreter service. The front line can speak 70 or 80 languages. If people called in to say that they needed a mental health service, and they do not speak English, the operators can transit the caller to somebody who does speak the language of the caller. At that front end that is critical. Technology exists to do that.

For clarification, because this is a parliamentary committee, the \$750,000 I referred to was our agency's funding. Ours is only one agency in Toronto. It is a combination of federal HRDC money and ODSP money. I would imagine that, across the country, a lot more is being spent. However, I would make the comment that we have to reapply for this funding every single year. This is ridiculous. It is not as if people do not need a job next

immigrants? À Toronto, nous avons découvert ce matin que 55 p. 100 des bénéficiaires sont des immigrants. Ce chiffre m'affole. On ne prend pas soin d'eux. Ils n'ont pas de voix.

Steve, vous nous avez parlé du succès de votre projet sur le logement. La Dream Team a fait une excellente présentation et je les ai appuyés. C'est toute une organisation. Ces gens-là font-ils partie de votre équipe sur le logement?

M. Lurie : Je vais vous dire comment la Dream Team a été fondée. Comme vous le savez, ce sont des chefs de file au niveau de la consommation et de la famille dans notre communauté et nous sommes vraiment chanceux de pouvoir compter sur eux. Il y avait une organisation qui s'appelait Boards for Mental Health — ils vous en ont peut-être touché un mot lors de leur présentation — qui se réunissait depuis des années pour essayer de regrouper tous les fournisseurs de logements et de soins de santé mentale au niveau de la gouvernance. À l'occasion, on permettait aux cadres supérieurs de participer aux réunions. Ce groupe essayait de savoir ce qu'il fallait faire parce qu'il connaissait des problèmes au niveau du financement provincial, problèmes qui semblaient insolubles. Évidemment, il y avait ce phénomène du « pas dans ma cour » dont ils vous ont parlé.

Linda Chamberlain écoutait ce qui se disait et j'ai fait l'erreur de dire : « je crois que nous donnons des coups d'épée dans l'eau. Peut-être devrions-nous penser à ce que nous pourrions faire et ne nous rencontrer que lorsque nous aurons une idée ». Linda a dit : « De quoi parlez-vous? » Elle a raconté son histoire à l'assemblée exactement comme elle vient de le faire pour vous. C'est alors qu'un certain nombre d'entre nous ont dit : « Mon Dieu! Voilà ce qu'il vous faut. Vous avez besoin de gens pour donner un visage à la maladie mentale et qui pourront faire voir qu'il y a une lumière au bout du tunnel. Ils pourront nous parler des clés du problème : l'espoir, du travail et un ami. Raymond Chung vous a parlé de toutes ces choses qui, clairement, sont un des ingrédients du succès au niveau d'une stratégie du logement. Ces choses découlent de la disponibilité de fonds versés en appui au logement. C'est le résultat des 2 000 unités créées pendant les 20 dernières années, mais nous ne pouvons pas attendre encore 20 ans avant d'en avoir d'autres.

Quant à la question des immigrants, DART, le répertoire des traitements en matière de drogue et d'alcool qui existe à London, jouit d'un accès immédiat à des services d'interprétation. Les gens sur la ligne de feu s'expriment en 70 ou 80 langues. Si les gens appellent et demandent un service d'aide en santé mentale et qu'ils ne parlent pas anglais, les standardistes peuvent renvoyer l'appel à quelqu'un qui parle la langue du client. Sur la ligne de feu, c'est un facteur critique. On a la technologie qu'il faut pour le faire.

Par souci de précision, parce qu'il s'agit d'un comité parlementaire, le montant de 750 000 \$ dont j'ai parlé constitue le financement de notre agence. Ces fonds proviennent de DRHC et du POSPH. Je crois bien qu'il doit se dépenser pas mal plus d'argent à la grandeur du pays. Cependant, j'aimerais souligner que nous devons renouveler la demande pour ces fonds chaque année. C'est ridicule. Ce n'est pas comme si les gens n'avaient pas

year and the year after. Perhaps they could take a page from the provincial government and create a core funding program for employment supports.

Senator Cochrane: One of the girls was worried about that.

The Chairman: Thank you all for coming. Your presentations were excellent.

I would ask the members of the final panel to come forward, please.

We have in our final panel, three presenters, Dr. Paul Garfinkel, CEO of CAMH, who is today representing the Working Committee on Mental Health of the Ontario Hospital Association; Ms. Florence Budden, President Elect of the Schizophrenia Society; and Dr. Nick Kates, Chair of the Canadian Collaborative Mental Health Initiative.

Our staff, Nick, has spent considerable time with Scott Dudgeon, your executive director, so we are quite familiar with what you are doing.

Thank you all for coming. Please make your presentations and leave us lots of time for questions.

Dr. Nick Kates, Chair, Canadian Collaborative Mental Health Initiative: The CCMHI represents a consortium of 12 national organizations representing family physicians, psychiatrists, nurses, social workers, occupational therapists, psychologists, consumer groups, advocacy groups and family groups with a goal of integrating mental health and primary care sectors leading to better access and outcomes for Canadians with mental health problems. On behalf of the consortium, we very much appreciate the opportunity to be able to present to you today.

We believe that primary care is a most appropriate setting for the delivery of many of the mental health services that Canadians require, and it is something that they should expect from their primary care services, whether those services be illness prevention, early detection treatment, rehabilitation or recovery. The question is how do we bring this about?

Your report acknowledged the contribution that shared care, collaboration between psychiatrists and family physicians, has made over the last 10 years. Our initiative builds on that base, but it recognizes the importance of enlarging the collaboration to include a wide variety of mental health providers, consumers and family members in the partnerships, and we see as a major motivation for our initiative that effective collaboration will build linkages between different parts of the system and move us towards one of your primary goals which is every consumer having access to the full continuum of supports and services, delivered in a seamless fashion.

We think our report comes at a most opportune time. Primary care reform across the country is looking at a reorganization based around ultimate models of funding, the

besoin d'un emploi d'une année à l'autre. Peut-être pourraient-ils s'inspirer du gouvernement provincial et fournir un programme de financement de base pour les soutiens à l'emploi.

Le sénateur Cochrane : Une des filles s'inquiétait de cela.

Le président : Merci à tous d'être venus et merci pour vos excellentes présentations.

Je prie les membres du dernier groupe d'experts de bien vouloir s'avancer, s'il vous plaît.

Il y a donc trois intervenants, le Dr Paul Garfinkel, le directeur du CTSM qui représente aujourd'hui le Comité de travail sur la santé mentale de l'Association des hôpitaux de l'Ontario; Mme Florence Budden, présidente élue de la Société canadienne de schizophrénie; et le Dr Nick Kates, président de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale.

Nick, notre personnel a passé pas mal de temps avec Scott Dudgeon, votre directeur exécutif, et nous avons une assez bonne idée de ce que vous faites.

Merci, madame et messieurs, d'être venus. Nous allons écouter vos présentations et nous aimerions avoir beaucoup de temps pour poser nos questions.

Le Dr Nick Kates, président, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale : L'ICCSM est un consortium de 12 organismes nationaux qui représentent les médecins de famille, psychiatres, infirmiers et infirmières, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, psychologues, groupes de consommateurs, groupes de revendication et groupes familiaux dont le but est l'intégration des soins de santé mentale et des soins de première ligne afin d'améliorer l'accès et les résultats pour les Canadiens qui ont des problèmes de santé mentale. Au nom de ce consortium, nous vous remercions de l'occasion que vous nous donnez de comparaître devant vous.

Nous croyons que le niveau des soins de première ligne est la meilleure façon de dispenser bon nombre des services en santé mentale dont ont besoin les Canadiens, qu'il s'agisse de soins préventifs, de détection précoce, de réadaptation ou de rétablissement. La question est de savoir comment nous y prendre pour en arriver là?

Dans votre rapport, vous reconnaissez les résultats obtenus pendant les 10 dernières années grâce à la collaboration entre les psychiatres et les médecins de famille. Notre initiative se sert de cela comme base, mais on reconnaît l'importance d'élargir le cadre de collaboration afin d'y inclure une vaste gamme de fournisseurs de services de santé mentale, de consommateurs et de membres de la famille dans ces partenariats, et un important facteur de motivation au niveau de notre initiative c'est qu'une collaboration efficace servira à construire des liens entre les diverses parties du système, ce qui nous aidera à atteindre un de nos buts principaux qui est que chaque consommateur aura accès à la pleine panoplie de services et du soutien nécessaire, le tout livré de façon continue.

À notre avis, notre rapport tombe à point nommé. La réforme au niveau des soins de première ligne au pays envisage une réorganisation fondée sur des modèles regroupant le financement,

integration of specialized services, chronic disease management models, comprehensive care, and based upon teamwork and collaboration between partners. We see tremendous opportunities at this point in time for moving ahead with the integration of mental health in primary care.

We know from the evidence that there are a number of benefits to this kind of integration. The first is that it can increase access to mental health services for a large number of individuals who otherwise would not reach services. We know that 72 per cent of individuals with a mental health problem receive no mental health care over the course of a year, but 80 per cent of these individuals visit their family physicians.

We also know that a number of groups traditionally underutilize mental health services such as ethnocultural groups, the elderly, children, individuals with addiction problems, individuals who are homeless or socially disadvantaged, individuals living in rural communities, all of whom we have a much better opportunity to reach if we can bring our services to where the problems are rather than expecting these people to come to our services which may be neither culturally nor even clinically the most appropriate places.

We know that integrating services in primary care can address depression, anxiety which often accompany chronic medical problems, and we know that not treating these problems leads to increased health costs and poorer outcomes. We know that, if we can integrate mental health and primary care, the capacity of primary care to manage problems will be greatly expanded. Primary care providers are willing to take on a broader range of problems because they know support is available and, if mental health is included in primary care, then the mental health system increases its capacity because we will be able to reach a larger number of individuals.

We believe that these approaches have the opportunity to be much more responsive to the needs of consumers. We have heard from our program in Hamilton and from many other programs, that consumers like this model. It is more accessible. It is more culturally supportive, and it significantly reduces the stigma of being seen in a mental health system.

We also think this approach addresses some of the specific issues raised in your third report. First, it opens up opportunities for early detection. Many individuals will present at a very early stage in the development of a problem in primary care. If we can increase the skills of primary care providers to identify these problems at the earliest possible stage, and we have access, convenient access to mental health services to intervene and initiate treatment, we can see many long-term benefits. This is probably one of the most effective ways that early detection will happen.

l'intégration de services spécialisés, des modèles de gestion de maladies chroniques, de soins de santé intégrés, le tout fondé sur le travail en équipe et la collaboration entre partenaires. Nous voyons ici une occasion formidable pour promouvoir l'intégration de la santé mentale au niveau des soins de première ligne.

D'après nos constats, nous savons que ce genre d'intégration offre un certain nombre d'avantages. Tout d'abord, on augmente ainsi l'accès aux services de santé mentale pour un grand nombre de personnes qui, autrement, n'y auraient pas accès. Nous savons que 72 p. 100 des personnes souffrant d'un problème de santé mentale ne reçoivent pas de soins pendant au moins un an, mais que 80 p. 100 de ces personnes se rendent quand même chez leur médecin de famille.

Nous savons aussi qu'un certain nombre de groupes, traditionnellement, sous-utilisent les services de santé mentale : groupes ethnoculturels, les aînés, les enfants, les personnes souffrant de problèmes d'accoutumance, les sans-abri ou les défavorisés sur le plan social, ceux qui vivent en milieu rural. Nous aurons beaucoup plus de chances de joindre ces gens-là si nous pouvons offrir nos services là où se trouvent les problèmes plutôt que de nous attendre à ce que ces personnes se déplacent vers nous, chose qui, sur le plan clinique ou culturel, n'est peut-être pas la meilleure chose à faire.

Nous savons que l'intégration des services au niveau des services de première ligne peut permettre de déceler les problèmes de dépression ou d'anxiété qui vont souvent de pair avec les problèmes médicaux chroniques, et nous savons que si ces problèmes ne sont pas traités à temps, il en coûtera plus cher au réseau de la santé et les résultats seront moins bons. Nous savons que si nous pouvons intégrer santé mentale et soins de première ligne, les fournisseurs de ces soins seront beaucoup mieux en mesure de gérer ces problèmes. Les soignants de premier recours sont prêts à traiter d'une gamme de problèmes plus vaste s'ils savent que les services de soutien sont disponibles et si l'on inclut la santé mentale au niveau des soins de première ligne, alors le système de santé mentale verra augmenter sa capacité parce que nous pourrions rejoindre un plus grand nombre d'individus.

Nous croyons que ces façons de faire rendront de bien meilleurs services aux consommateurs. D'après les résultats de notre programme à Hamilton et d'autres programmes ailleurs, les consommateurs aiment ce modèle. Il est plus accessible. Culturellement, il est plus porteur et le stigmate de la participation au système de santé mentale s'en trouve sensiblement diminué.

Nous croyons aussi que cette approche tient compte de certaines des questions précises soulevées dans votre troisième rapport. Tout d'abord, il y a la détection précoce. Beaucoup d'individus se présentent aux soignants de première ligne à un stade précoce du problème dont ils souffrent. Si nous pouvons mieux former les soignants de première ligne afin qu'ils puissent identifier ces problèmes au stade précoce et que nous avons facilement accès aux services de santé mentale afin d'intervenir et de commencer le traitement, nous en tirerons beaucoup d'avantages à long terme. C'est probablement une des façons les plus efficaces d'encourager la détection précoce.

Second, we think it will allow existing resources to be used more efficiently. Mental health specialists are functioning increasingly but not exclusively as consultants, supporting primary care providers as well as offering a range of other services. It offers unique opportunities for monitoring the progress of individuals who have been treated in order to prevent relapse, or for secondary prevention, particularly in places where there are electronic health records where, at the push of a button, you can identify a group of people who may have a particular problem with, say, being on a particular medication or at risk for a particular event.

In Hamilton we have been able to adapt this model to the workplace. We are considering the same kind of collaboration as a way of working with one of Hamilton's largest employers to bring mental health services to workers.

You raised a number of specific questions in your report related to primary care. We would like to briefly respond to those questions. You asked: What needs to be done to improve mental health at the primary care level?

We would suggest that there needs to be a comprehensive strategy of which a number of the pieces are already underway through our initiative. We believe there needs to be an analysis of the strengths of successful programs, the barriers to integration and how to overcome these. We believe there needs to be the development of specific resources to assist people wanting to set up new programs. There needs to be a training strategy so that the next generation of providers coming into practice will be more comfortable working collaboratively and will understand the principles of collaboration. We see the need for establishing pilot projects which will demonstrate how these models work, and we see the importance of evaluation of all new projects, preferably developing common outcome measures that can be used across the country. We see the benefits of creating a charter that will commit all partners in our consortium to working collaboratively to integrate mental health services and primary care. This is something that we are moving ahead on as we talk. We see the need for new funding strategies, funding strategies that provide alternatives to fee for service, funding strategies that involve changes in billing tariffs to support indirect service, telephone consultation, and funding strategies that will create new funding to bring services into primary care.

Finally, we see the importance of considering ways in which we can incorporate primary health care into mental health services. Many individuals with serious mental illnesses receive very poor primary health care or do not have a family physician. There are few examples of programs where public health nurses, nurse practitioners and family physicians are working with mental health programs, and we believe that this would be an important direction to follow.

Deuxièmement, nous croyons que ce modèle permettra une utilisation plus efficace des ressources. Les spécialistes en santé mentale travaillent de plus en plus, mais pas exclusivement, à titre de consultants, accordant leur appui aux soignants de première ligne et offrant aussi une gamme d'autres services. Ce modèle permet de suivre les progrès de ces individus qui ont subi un traitement afin d'empêcher la rechute ou faciliter la prévention secondaire, surtout lorsqu'il existe des dossiers électroniques de santé qui, sur simple pression d'un bouton, permettent d'identifier un groupe de personnes qui pourraient avoir un problème précis, par exemple, à cause d'un médicament précis ou d'un événement spécifique.

À Hamilton, nous avons réussi à adapter ce modèle en milieu de travail. Nous étudions la possibilité d'offrir ce même genre de collaboration à un des plus gros employeurs de Hamilton afin de pouvoir offrir des services de santé mentale aux travailleurs.

Vous avez soulevé un certain nombre de questions précises dans votre rapport à propos des soins de première ligne. Nous y répondrons brièvement. Vous avez demandé : que faut-il faire pour améliorer la santé mentale au niveau des soins de première ligne?

À notre avis, il faut une stratégie globale dont un certain nombre d'éléments existent déjà grâce à notre initiative. Nous croyons qu'il faut analyser les forces des programmes qui ont connu du succès, les obstacles à l'intégration et comment les surmonter. Nous croyons qu'il faut développer des ressources précises pour aider ceux qui veulent mettre sur pied de nouveaux programmes. Il faut une stratégie de formation qui permettra à la prochaine génération de soignants de se sentir plus à l'aise pour travailler en collaboration et qui comprendront les principes de la collaboration. Il faut établir des projets pilotes qui nous montreront comment ces modèles fonctionnent et il est important d'évaluer tous les nouveaux projets, de préférence en adoptant des façons communes de mesurer les résultats qui pourront servir partout au pays. Il serait bon d'avoir une charte engageant tous les partenaires du consortium à travailler en collaboration afin d'intégrer les services de santé mentale et les soins de première ligne. Nous y travaillons déjà, d'ailleurs. Il faut de nouvelles stratégies de financement, des stratégies de financement qui offrent un choix autre que la rémunération à l'acte, des stratégies de financement qui signifient une modification au système de facturation pour pouvoir facturer les services indirects, les consultations téléphoniques, ainsi que des stratégies de financement qui créeront une augmentation de financement pour permettre l'intégration des services au niveau des services de première ligne.

Enfin, il est important d'étudier comment nous pouvons intégrer les services de première ligne dans les services de santé mentale. Beaucoup d'individus souffrant d'une grave maladie mentale disposent de très peu de services au niveau des soins de première ligne ou n'ont pas de médecin de famille. Il y a peu d'exemples de programmes où les infirmières de la santé publique, les infirmières praticiennes et les médecins de famille travaillent de concert au niveau de programmes de santé mentale et nous croyons que ce serait une piste de solution à suivre.

As I mentioned, the Canadian Collaborative Mental Health Initiative is moving ahead on a number of the issues that we have already identified. We would also like to address briefly a couple of the other questions you raised in your report.

You asked whether psychiatrists should be consultants or members of teams. We see psychiatrists and other mental health specialists as integral members of clinical teams in primary care, even though they may be in the practice for a limited time.

You asked about the kinds of specialized services that can be incorporated in primary care. We feel that a comprehensive range of services can be included. These would include early detection, health promotion and prevention, consultation, treatment, monitoring, and even some rehabilitation services, but we would stress the need to see mental health and primary care systems as complementary. One will not replace the other. What we need to look at in future research is which problems can be best handled in which sector, and which populations can best have their needs met where, and then make sure the flow between the systems allows people to move to where they need to be with a minimum number of impediments.

We also see the need for a broad range of mental health providers in primary care. We also see the benefits of pharmacists, dieticians, care navigators, peer support programs, as well as the greater involvement of consumers and family members. We believe in a model of client-centred care. We think that primary care is in a unique position to be able to do this. Our concept of client-centred care includes the development of collaborative care plans, seeing the consumer as an active partner in treatment, the development of peer support mechanisms, and involving consumers in all aspects of planning, delivering and evaluating mental health services in primary care.

There are a number of barriers. Attitudinal barriers may be the hardest to overcome. There are also time constraints and funding barriers, but we believe that solutions to all of these problems can be developed.

You ask about funding and the cost of these kinds of initiatives. Each project will develop according to the resources that it has available. If you have fewer resources, then you adjust the kinds of services that you are able to deliver, but you focus on those that you think are the most important. If you have larger resources, then you can deliver a broader range of services. There needs to be flexibility. However, our project and others have worked out specific formulas for the amount of nurse or social work time, the amount of dietician time, and the amount of psychiatrist time to develop effective models of collaborative care.

Comme je l'ai dit, l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale va de l'avant au niveau de certaines des questions que nous avons déjà soulevées. Nous voulons aussi dire quelques mots à propos des autres questions que vous avez soulevées dans votre rapport.

Vous avez demandé si les psychiatres devraient être des consultants ou membres d'équipes. Pour nous, les psychiatres et autres spécialistes de la santé mentale font partie intégrante des équipes cliniques de soins primaires, même s'ils exercent pendant une période limitée.

Vous avez demandé quel genre de services spécialisés peuvent être incorporés aux soins primaires. Nous estimons qu'un éventail complet de services peut être inclus. Cela comprend la détection précoce, la prévention et la promotion de la santé, les consultations, le traitement, le suivi et même certains services de réadaptation, mais nous insistons sur le fait qu'il faut voir comme complémentaires les systèmes de santé mentale et de soins primaires. L'un ne remplacera pas l'autre. Dans les travaux de recherche futurs, il faut voir quels problèmes sont le mieux traités par chaque secteur et quelles populations peuvent être le mieux servies par qui, puis s'assurer que le mouvement entre les systèmes permet aux malades d'aller là où il le faut avec le moins d'obstacles possible.

Nous voyons aussi la nécessité d'un vaste éventail de fournisseurs de soins de santé mentale en soins primaires. Nous voyons aussi les avantages de pharmaciens, diététistes, navigateurs de soins, programmes de soutien par les pairs, ainsi qu'une plus grande participation du consommateur et des membres de sa famille. Nous croyons en un modèle de soins axés sur le client. Nous pensons que les soins primaires sont idéalement placés pour le faire. Notre concept de soins axés sur le client inclut la création de plans de soins en collaboration, le consommateur étant un partenaire actif du traitement, le développement de mécanismes de soutien par les pairs et la participation du consommateur à tous les aspects de la planification, de la prestation et de l'évaluation des services de santé mentale en soins primaires.

Il y a un certain nombre d'obstacles. Les barrières psychologiques sont les plus difficiles à surmonter. Il y a aussi des contraintes de temps et des difficultés de financement mais nous croyons que les solutions à tous ces problèmes peuvent être trouvées.

Vous posez une question à propos du financement et du coût de ces initiatives. Un projet se construit en fonction des ressources mises à sa disposition. Si vous bénéficiez de peu de moyens, vous adaptez les services à ce que vous pouvez offrir mais vous vous concentrez sur ceux qui vous paraissent les plus importants. Si vous avez davantage de moyens, vous offrez une plus grande gamme de services. La flexibilité est de mise. Toutefois, notre projet et d'autres ont établi des formules précises qui établissent la quantité du temps de l'infirmière ou du travailleur social, du diététiste et du psychiatre, nécessaire à l'élaboration de modèles efficaces de soins collectifs.

Finally, we would address the question of how to sustain some of the gains that we have already made, because we feel we have already made substantial progress towards our goals.

One of our beliefs comes from a quotation by Einstein who said, "Insanity is doing things the same way we have always done them and expecting different results."

Part of our reason for existence is recognizing that our traditional models are not working as well as we would like and we really need, as part of the solution to the problems of the mental health system, to move in this direction. As I say, we have made substantial progress, but we are aware that our project ends in March of 2006.

One specific recommendation we would make would be for the establishment of a centre to promote collaborative mental health care between primary care and mental health services that could serve as an ongoing resource. It could manage websites, disseminate information, and work closely with governments at all levels because we believe, in addition to the training component, that uptake by provinces and territories of these ideas is the second important key element to long-term sustainability. We see it being as a national resource.

We are fortunate because there is a great deal of cohesiveness in this area. We have been able to develop a national strategy that could be, hopefully down the road, a plank with a much broader mental health strategy. We would like the opportunity to build on and expand this.

Once again, on behalf of all of us involved in the initiative, we would thank you not only for your time today, but for the enormous contribution you have made to the debate around where health services should be heading.

The Chairman: Thank you, Dr. Kates.

Next we have Ms. Florence Budden, President-Elect of the Schizophrenia Society of Canada. With a name like that I would make the assumption that you are a Newfoundlander.

Ms. Florence Budden, President-Elect, Schizophrenia Society of Canada: Right on, and very proud of it.

The Chairman: Even if I had not recognized the name, I would have recognized you as a Newfoundlander from your remark. We have two Newfoundlanders on our committee, and I am pretty close, in the sense that both my parents are Newfoundlanders. You are among friends this morning. You may have gone down the road, as the movie said, but you are among friends. Please go ahead.

Ms. Budden: Good afternoon. As you may know, SSC is a national registered charity that works to alleviate the suffering caused by schizophrenia and related mental disorders. Using a federation model, we work with 10 provincial schizophrenia societies and over 100 community-based organizations to provide a better quality of life for ill individuals and their families.

Enfin, nous aimerions répondre à la question concernant la façon de conserver certains des acquis car nous estimons avoir déjà fait des progrès considérables dans l'atteinte de nos objectifs.

Une de nos convictions est tirée d'une citation d'Einstein qui a dit un jour : « La folie est de toujours se comporter de la même manière et de s'attendre à un résultat différent ».

Une des raisons de notre existence, c'est que nous savons que les modèles traditionnels ne sont pas aussi efficaces que nous le souhaiterions et qu'une des solutions aux problèmes du système de santé mentale est de progresser dans cette voie. Comme je dis, nous avons fait des progrès considérables mais nous savons que notre projet prend fin en mars 2006.

Une recommandation que nous faisons est de créer un centre de promotion de soins de santé mentale collectifs entre les soins primaires et les services de santé mentale, qui pourrait faire office de centre permanent de ressources. Il pourrait gérer des sites web, diffuser de l'information et travailler de près avec les pouvoirs publics de tous les paliers parce que nous croyons, en plus du volet formation, que l'acceptation par les provinces et les territoires de ces idées est le deuxième élément clé important à sa longévité. Ce pourrait être un centre national.

Nous avons de la chance parce qu'il y a beaucoup de cohésion dans ce secteur. Nous avons pu élaborer une stratégie nationale qui pourrait, un jour, nous l'espérons, être un élément d'une stratégie de santé mentale beaucoup plus vaste. Nous aimerions avoir la chance de tirer parti de cette réalisation et de l'étendre.

Encore une fois, au nom de tous les participants à l'initiative, nous vous remercions non seulement du temps que vous nous accordez aujourd'hui mais de l'énorme contribution que vous avez faite au débat sur l'avenir des services de santé.

Le président : Merci, docteur Kates.

Nous entendons maintenant Mme Florence Budden, présidente désignée de la Société canadienne de schizophrénie. Avec un nom comme le vôtre, j'imagine que vous êtes de Terre-Neuve.

Mme Florence Budden, présidente désignée, Société canadienne de schizophrénie : Tout à fait, et j'en suis très fière.

Le président : Même si je n'avais pas reconnu le nom, j'aurais su que vous êtes de Terre-Neuve à vous entendre. Il y a deux Terre-neuviens au comité et je le suis presque puisque mes deux parents sont de Terre-Neuve. Comme les héros du film *Going down the Road* vous avez peut-être roulé votre bosse, mais vous êtes ici entre amis. Je vous en prie.

Mme Budden : Bonjour. Comme vous le savez peut-être, la SCS est une œuvre de bienfaisance nationale enregistrée dont la mission est d'atténuer les souffrances causées par la schizophrénie et les troubles mentaux connexes. Sur le modèle d'une fédération, nous travaillons avec dix sociétés provinciales et plus de 100 associations communautaires dans le but d'assurer une qualité de vie meilleure aux malades et à leurs familles.

In addition to pursuing our own initiatives, SSC is a founding member of the Canadian Alliance for Mental Illness and Mental Health and is an ardent supporter of CAMIMH's pursuit of a national mental health action plan.

Two important aspects of a national action plan would address the role of family caregivers and decriminalization of the mentally ill. These two most very important issues were addressed in your committee's *Issues and Options* report. Today I will give you SSC's perspective on the role of caregivers and decriminalizing individuals with mental illness.

In section 5.4 of *Issues and Options*, you pose questions relating to adequate access, to resources and caregiver preparedness. The simple answer to your question is, no, caregivers do not have enough access to resources for helping their loved ones nor are they sufficiently equipped to deal with their relatives' illness. It does not take a scientific report to understand how high unemployment rates, holes in treatment services, inadequate mental health acts, suicide rates, and the relationship of mental illness and crime significantly impacts family caregivers who are often the sole support for their ill loved ones.

Respite programs, educational materials and programs, such as SSC's Strengthening Families Together, public awareness campaigns and income supports are all tools that would better support families and recognize their role in the care of mentally ill individuals. These tools would help to ensure that families are mentally and financially equipped to support their ill loved ones and would help ensure that these individuals remain productive community members rather than inmates, patients and homeless.

These types of initiatives will also empower families through education and better position them to effectively participate in the formal mental health system. Facilitating the inclusion of family caregivers in programs such as COMPUS and Minister Tony Ianno's roundtable discussions will go a long way to ensuring the expert knowledge of caregivers is recognized and implemented systemically.

One final point is this: Resources and education will be useless to families unless medical professionals formally recognize the integral role they play as caregivers and laws allow professionals to share information. If a doctor treats a person, not just an illness, then the family can be included as a vital part of the treatment team, and this will help ensure a better outcome for the ill person.

In relation to decriminalization, in section 7.1 you ask how interjurisdictional collaboration can be enhanced in the delivery of mental health services for federal inmates. This is a key step in decriminalizing the mentally ill and ensuring persons with a mental illness receive treatment, not punishment.

Outre ses propres initiatives, la SCS est membre fondatrice de l'Alliance canadienne pour la maladie et la santé mentales et soutient vigoureusement son œuvre en faveur d'un plan d'action national pour la santé mentale.

Deux éléments importants d'un plan d'action national porteraient sur le rôle des soignants familiaux et sur la décriminalisation du malade mental. Ces deux questions cruciales ont été abordées dans le rapport du comité intitulé *Problèmes et options*. Je vous exposerai aujourd'hui le point de vue de la SCS sur le rôle des soignants et sur la décriminalisation des personnes atteintes de maladie mentale.

Au paragraphe 5.4 du document, vous demandez si les familles ont un accès adéquat aux ressources dont elles ont besoin pour aider leurs proches. La réponse est non. Les soignants n'ont pas suffisamment accès aux ressources dont elles ont besoin pour aider leurs proches et sont insuffisamment préparés pour faire face à la maladie. On n'a pas besoin d'un rapport d'experts pour comprendre combien les taux élevés de chômage, les lacunes des services de traitement, l'insuffisance des lois sur la santé mentale, les taux de suicide et le rapport entre la santé mentale et la criminalité ont de grandes conséquences pour les soignants qui sont souvent les seuls à soutenir leurs proches malades.

Les programmes de relève, les programmes et les documents pédagogiques, comme celui de la SCS appelé Strengthening Families Together, les campagnes de sensibilisation et les mesures de soutien du revenu sont autant d'outils qui viendraient en aide aux familles et reconnaîtraient leur rôle dans le soin des malades mentaux. Ils contribueraient à ce que les familles disposent des moyens psychologiques et financiers pour soutenir leurs proches et faire en sorte qu'ils restent des membres productifs de la société au lieu de devenir des détenus, des internés ou des sans-abri.

Les initiatives de ce genre donneront également plus de pouvoir aux familles : mieux informées, elles seront plus en mesure d'être des agents actifs dans le système de santé mentale. Faciliter l'inclusion de soignants familiaux dans des programmes comme SCPUOM et aux discussions en table ronde du ministre Tony Ianno feront beaucoup pour qu'on reconnaisse et mette en application de façon systémique les connaissances spécialisées des soignants.

Une dernière chose. Ces moyens et cette sensibilisation seront inutiles pour les familles si les professionnels de la santé ne reconnaissent pas officiellement le rôle essentiel qu'elles jouent comme soignantes et si les lois ne permettent pas aux professionnels de communiquer l'information. Si le médecin soigne une personne et, pas seulement une maladie, la famille peut donc être incluse dans l'équipe de traitement et son rôle actif favorisera des résultats meilleurs pour le malade.

En ce qui concerne la décriminalisation, au paragraphe 7.1, vous demandez ce que l'on peut faire pour améliorer les services de santé mentale dont ont besoin des détenus. Comment la collaboration peut-elle être améliorée entre les services? C'est une étape importante dans la décriminalisation du malade mental et pour s'assurer qu'ils reçoivent non pas un châtiment mais bien des traitements.

SSC has the following suggestions: Include an amendment in the Criminal Code that would regulate mental health courts as a means of diverting individuals with mental illness into a system that is better able to serve their needs. This interjurisdictional collaboration would need to occur as the Criminal Code is administered by provincial governments.

Whereas the court can order psychiatric treatment under the Criminal Code to restore a person to fitness to stand trial, there is no similar authority to order treatment for a person found not criminally responsible by mental disorder. We strongly recommend an amendment to the Criminal Code that would allow the Review Board to order treatment where an ill individual refuses the treatment necessary for his or her release.

Amendments like these would help address inequities that exist in provincial mental health acts and work to ensure that individuals receive the best possible treatment either in a hospital or a forensic system. It is important to note that legislative amendments should also include laws that encourage early treatment and treatment in the community when the illness precludes the person from accepting voluntary treatment and significant harm will occur if treatment is not provided.

SSC has captured these themes in a model mental health act paper, and we would be happy to share this information with the committee if you think it will be useful to your research.

In conclusion, I would thank you, Senator Kirby, and members of the committee for the opportunity to present to you today. The recognition and inclusion of family caregivers into the formal mental health system and improved interjurisdictional collaboration will go a long way to improving the lives of ill individuals and their families.

We would encourage you to also consult with our provincial societies as you travel across Canada. With such a range of issues outlined in your report and taking into account regional diversities, there will be variances in the priority of issues and preferred solutions. These consultations can provide you with a wonderful opportunity to gather all this information and truly make a difference in the lives of the mentally ill Canadians and their caregivers.

The Chairman: Thank you, Florence.

Would you please proceed now, Paul?

Dr. Paul Garfinkel, Chair, Working Committee on Mental Health, Ontario Hospital Association: I would begin by thanking you for inviting me back. As well, the OHA would commend you, senator, and your committee, for the outstanding work in your in-depth review of mental health issues in this country.

Voici les suggestions de la SCS : inclure un amendement au Code criminel qui créerait des tribunaux de santé mentale de manière à déjudiciariser les personnes atteintes de maladie mentale pour qu'elles soient traitées dans un système mieux apte à répondre à leurs besoins. Il faudrait ce genre de collaboration entre les diverses instances puisque le Code criminel est administré par les gouvernements provinciaux.

Le tribunal peut ordonner en vertu du Code criminel qu'une personne suive un traitement psychiatrique pour la rendre apte à subir son procès mais il n'existe pas de pouvoir correspondant d'ordonner le traitement de quelqu'un pour non-responsabilité criminelle en raison de troubles mentaux. Nous recommandons vigoureusement qu'on apporte un amendement au Code criminel qui permettrait à la Commission de révision d'ordonner le traitement lorsque le malade refuse le traitement nécessaire à sa libération.

Des modifications comme celles-là corrigeraient les inégalités qui existent entre les diverses lois provinciales de santé mentale et feraient en sorte que les malades reçoivent le meilleur traitement qui soit dans un hôpital soit dans un système de psychiatrie légale. Il importe de signaler que les modifications législatives s'appliqueraient également aux lois qui encouragent le traitement précoce et le traitement de proximité lorsque la maladie empêche la personne d'accepter de plein gré d'être traitée et que des préjudices importants surviendront si le traitement n'est pas fourni.

La SCS a regroupé ces thèmes dans un modèle de loi de santé mentale que nous serons heureux de remettre au comité si vous l'estimez utile dans vos travaux.

Pour terminer, je vous remercie vous, sénateur Kirby, ainsi que les membres du comité, de l'occasion que vous nous avez donnée de comparaître devant vous aujourd'hui. La reconnaissance et l'inclusion des soignants familiaux dans le système de santé formelle et une meilleure collaboration intergouvernementale feront beaucoup pour améliorer la vie des malades et de leurs proches.

Nous vous encourageons également à consulter nos sociétés provinciales au cours de vos déplacements au Canada. Vu la diversité des questions abordées dans votre rapport et les particularités régionales, la priorité à accorder à chaque question et chaque solution pourra varier. Ces consultations vous donneront une occasion magnifique de rassembler cette information et de changer vraiment la vie des Canadiens atteints de maladies mentales et de leurs soignants.

Le président : Merci, Florence.

Voulez-vous continuer, Paul?

Le Dr Paul Garfinkel, président, Comité de travail sur la santé mentale, Association des hôpitaux de l'Ontario : Je commencerai d'abord par vous remercier de m'avoir invité à nouveau. L'AHO tient aussi à vous féliciter, sénateur, ainsi que les membres de votre comité, du travail exceptionnel que vous faites dans le cadre

We are at a cross-roads and you are shining a very important light on what could be some exciting changes.

When I visited last year, I highlighted four areas of critical need in terms of quality of care, access to care, continuity of care and accountability. It is clear to me that you heard comments on those issues clearly from everybody over and over again. I will not repeat them.

Behind that is the whole issue of stigma and the terrible manner in which we were all brought up to understand mental illness, and it is clear to me you understood this too, and the magnitude of the problem.

Last time, I talked about the importance of early intervention in terms not so differently from the model that Dr. Kates was just describing. I talked about the importance of health promotion, prevention and early intervention, and the need to invest in determinative health from a comprehensive point of view. These issues are as important as they were a year ago, but at this time I would like to focus on three other issues, and that is the national action plan, research and development, and data collection and information. I would stress that the others are not any less relevant, but I believe you have heard a lot about them. To me, an action plan is critical.

I understand your study has taken you to a consideration of the situation in New Zealand, for example, and you realize how impressively a plan can produce results country-wide. We believe this should come from the federal government, with a lot of collaboration. We have national organizations that are the appropriate partners in this, but we need national standards to be established for a whole range of activities including promotion, prevention, education and treatment.

The partnership should be federally funded and establish clear roles and responsibilities for the provincial, territorial and federal governments. We believe that the broad view of health — I think you have heard this articulated many times — including the determinants of health, employment, client support, housing, social support, are critical in any plan that is to be developed.

On my second point, research and development, I would say that we know more about the brain from the research we had done in last 10 years than we know from the previous 100 years. It is an exciting time in neuroscience. It is also an exciting time in psychological and psychosocial science in being able to properly tease apart variables that could be of relevance. At the same time, we know very little about the causes of mental illness. Understanding mechanisms will be hugely beneficial to treatments down the road.

de votre étude approfondie des questions de santé mentale au pays. Nous sommes à la croisée des chemins et vous jetez un éclairage très important sur ce qui pourra être des virages majeurs.

Quand je suis venu l'an dernier, j'ai mis l'accent sur quatre secteurs où les besoins sont critiques : la qualité des soins, l'accès aux soins, la continuité des soins et la reddition de comptes. Il est évident pour moi que vous avez entendu clairement des avis sur ces questions à maintes reprises de la bouche de tous les témoins. Je ne vais pas les répéter.

En toile de fond se trouve toute la problématique de la stigmatisation et la façon terrible dont nous avons été élevés face à la maladie mentale. Il est clair pour moi que cela vous l'avez compris aussi et que vous avez mesuré l'ampleur du problème.

La dernière fois, j'ai dit combien il importait d'intervenir tôt d'une manière qui n'est pas très différente du modèle que vient de décrire le Dr Kates. J'ai parlé de l'importance de la promotion de la santé, de la prévention et de l'intervention précoce ainsi que de la nécessité d'investir dans la santé déterminative d'un point de vue global. Ces questions sont aussi importantes qu'il y a un an mais aujourd'hui j'aimerais m'attarder sur trois autres questions, à savoir un plan d'action national, la R-D ainsi que la collecte de données et l'information. J'insiste sur le fait que les autres n'ont pas moins d'importance, mais je crois que vous en avez suffisamment entendu parler. Pour moi, ce qui est essentiel, c'est un plan d'action.

Je crois savoir que votre étude vous a amenés à étudier la situation en Nouvelle-Zélande, par exemple, et vous savez combien un plan peut produire des résultats à l'échelle de tout un pays. Nous pensons que ceci devrait venir du gouvernement fédéral, avec beaucoup de collaboration. Nous avons des associations nationales qui sont les partenaires tout désignés dans cette entreprise, mais nous avons besoin de normes nationales pour quantité d'activités comme la promotion, la prévention, la sensibilisation et le traitement.

Le partenariat devrait être financé par le gouvernement fédéral et établir clairement les rôles et les responsabilités des gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral. Nous considérons que la dimension générale de la santé — je crois que cela été exprimé à plusieurs reprises — y compris les déterminants de la santé, l'emploi, le soutien des clients, le logement, l'aide sociale, sont des aspects d'une importance primordiale dans tout plan qui sera élaboré.

En ce qui concerne mon deuxième point, la R-D, je dirais que nous en savons plus à propos du cerveau grâce à la recherche que nous avons effectuée au cours des 10 dernières années que ce que nous avons appris au cours du siècle précédent. C'est une époque passionnante en neuroscience. C'est aussi une époque passionnante en ce qui concerne les sciences psychologiques et psychosociales puisque nous sommes en mesure de séparer correctement des variables qui pourraient être pertinentes. Parallèlement, nous en savons très peu sur les causes de la maladie mentale. Comprendre les mécanismes s'avérera extrêmement utile pour les traitements en bout de ligne.

We also have areas of treatment evaluation and health service delivery that are crying out for research. This area has not been properly addressed anywhere in our country. We need to develop benchmarks to improve system performance. We need to strengthen accountability and encourage the development of new evidence-based approaches to treatment.

We also have an important knowledge translation function that has not been well addressed. At the center where I work, we have some outstanding basic neuroscientists and clinicians, and the interface between the two is a rare clinician scientist who has to be nurtured to be able to translate the basic new information.

We strongly agree with your assessment that Canada lacks a national information system. We need to measure the mental health status of Canadians. We need to evaluate policies and programs, and we need to share information better.

We strongly urge the development of a national information system, and we recommend that you review the evidence with regard to one type of assessment called the RAI, the Resident Assessment Instrument. This is a most useful, standardized comprehensive data collection system that helps you understand the individual client. It helps you understand your unit of care, and it helps you understand a system of care if you are planning one.

All Ontario hospitals will be implementing the RAI in October. We have collected data on thousands of people working up to this, so we have a lot of experience, a lot of knowledge in how it can be beneficial. We do think it could serve as a foundation for a national system. As my handout indicates, work on the RAI is being studied internationally; and there is a lot of experience in five or six other provinces.

I would just conclude by saying that your work to date has had a huge impact on energizing our community, and we thank you for that. As you have heard, over and over again, everywhere you go, we have serious problems. We are now an active therapeutic field. We can help people tremendously if we can put it together, and I think with the right national action plan, with the right research and with the right accountability, we can put it altogether. Thank you.

Senator Cook: I am looking at this issue through the lens of rural Canada, in particular. Where I live, services are not readily available and there is a shortage of human resources. Would you elaborate on the role of the nurse practitioner?

Il y a aussi le secteur de l'évaluation du traitement et de la prestation des services de santé où la recherche fait gravement défaut. Cette lacune n'a pas été comblée de façon adéquate où que ce soit au pays. Nous devons établir des points de référence qui nous permettront d'améliorer le rendement du système. Nous devons renforcer la responsabilisation et encourager le développement de nouvelles approches en matière de traitement fondées sur les preuves.

Il existe également une importante fonction d'application des connaissances sur laquelle on ne s'est pas penché adéquatement. Au centre où je travaille nous avons de remarquables neurologues et cliniciens, et le lien entre les deux réside dans le rare clinicien-chercheur qu'il faut former pour pouvoir appliquer les nouveaux renseignements de base.

Nous sommes tout à fait d'accord avec vous lorsque vous dites que le Canada a besoin d'un système national d'information. Nous devons pouvoir évaluer la santé mentale des Canadiens. Nous devons pouvoir évaluer des programmes et des politiques et être en mesure de mieux partager l'information.

Nous encourageons fermement la mise sur pied d'un système national d'information, et nous recommandons que vous examiniez la preuve concernant un type d'évaluation appelé le RAI (Resident Assessment Instrument), c'est-à-dire l'instrument d'évaluation des pensionnaires. Il s'agit d'un système de collecte de données uniformisées et exhaustives des plus utiles qui vous permet de comprendre chaque client. Il vous permet de comprendre votre unité de soins et en quoi consiste un système de soins si vous en prévoyez un.

Tous les hôpitaux de l'Ontario mettront en œuvre le RAI en octobre. Nous avons recueilli des données sur des milliers de personnes en prévision de cette initiative et nous procédons par conséquent à beaucoup d'expériences et de connaissances sur les avantages que présente ce type d'évaluation. Nous pensons qu'il pourrait servir de base à un système national. Comme l'indique le document que je vous ai remis, cette initiative d'évaluation est étudiée partout dans le monde; et cinq ou six autres provinces ont beaucoup d'expérience à cet égard.

Je terminerai simplement en disant que votre travail jusqu'à présent a énormément contribué à énergiser notre milieu, et nous tenons à vous en remercier. Comme vous l'avez entendu à maintes reprises partout où vous êtes allé, nous avons de graves problèmes. Nous travaillons dans un domaine thérapeutique dynamique. Nous pouvons énormément aider les gens si nous arrivons à mettre ce système sur pied, et je crois que grâce à un plan national d'action approprié, grâce à la recherche appropriée et à une responsabilisation appropriée, nous y parviendrons. Je vous remercie.

Le sénateur Cook : J'examine cette question dans la perspective des régions rurales du Canada en particulier. Là où je vis, les services ne sont pas facilement disponibles et il y a une pénurie de ressources humaines. Pourriez-vous nous donner un peu plus de précision sur le rôle des infirmières praticiennes?

You talked about funding strategies, and about the need for research and pilot projects. Is this an area in which the federal government can play a role, given that health care is delivered in a provincial jurisdiction? Would new public health agencies be a part of that? I would like your opinions on those two issues.

Dr. Kates: With regard to rural or underserved areas, you might consider different models of collaboration. That is not the only solution, but it may be the most significant, particularly now when we have new technologies. For example, a psychiatrist can be available to back up a nurse practitioner or family physician in any part of the country. We can have models where mental health specialists can be linked with a group of providers by email or through a web-based program and exchange clinical information almost in the same way as is happening with Telehealth Ontario.

There is no question that we need to think differently about how we use the resources. Certainly, nurse practitioners are able to perform many functions with support and backup. I believe there is a project through Health Canada with the First Nations' branch looking at nurse practitioners who are providing specialized consultation to nursing stations in communities in each of Canada's provinces. They, in turn, have backup available.

We need to look at step models, that is, we examine how we can provide the maximum support to those in the front line, whether it be in person, whether it be through flying, whether it be through telecommunications, and that they know that they will have support and resources available and not be hung out to dry, if you like, that there is a sequential system that works its way through.

Senator Cook: We look for funding in the strangest possible places. I am always looking for a solution. Do you see your pilot projects under an umbrella called "research" and, if so, what role could the federal government play in your funding?

Dr. Kates: From our point of view, one of the critical teams is in the Primary Health Care Transition Fund which has not only supported programs like ours but it has also, for example, in Ontario, allowed for the development of about 120 projects which have a research evaluative component. When you put together what those projects consider, I think we have an almost unequal picture of the potential of a reformed primary health care system.

The answer to your question is, yes, definitely. There are a number of different components. One is research and evaluation. Another is considering how models of shared care can be adapted to meet the needs of different communities and different populations. The third is a kind of demonstration project that could come up with models that other people may be interested in starting. I would look to any of the resources that are available to fund those kinds of initiatives.

Vous avez parlé de stratégies de financement et du besoin de recherche et de projets pilotes. Est-ce un domaine où le gouvernement fédéral peut jouer un rôle, compte tenu du fait que la santé relève de la compétence provinciale? Est-ce que de nouveaux organismes publics de la santé en feraient partie? J'aimerais connaître votre opinion sur ces deux questions.

Le Dr Kates : En ce qui concerne les régions rurales ou mal desservies, vous pourriez envisager différents modèles de collaboration. Ce n'est pas la seule solution, mais c'est sans doute la plus importante, surtout maintenant grâce aux nouvelles technologies. Par exemple, un psychiatre peut apporter son aide à une infirmière praticienne ou à un médecin de famille dans n'importe quelle région du pays. On peut prévoir des modèles où des spécialistes en santé mentale peuvent assurer la liaison avec un groupe de fournisseurs par courrier électronique ou par un programme dispensé sur le web et échanger des renseignements cliniques pratiquement de la même façon que cela se fait dans le cas Télésanté Ontario.

Il ne fait aucun doute qu'il nous faut réfléchir à nouveau à la façon dont nous utilisons les ressources. Certes, les infirmières peuvent s'acquitter de maintes fonctions avec soutien et aide. Je crois que Santé Canada a un projet à la Direction générale des Premières nations à propos des infirmières praticiennes qui offrent des consultations spécialisées aux postes de soins infirmiers éparpillés dans chacune des provinces canadiennes. Ces infirmières, à leur tour, ont des auxiliaires.

Il nous faut voir quels modèles considérer, examiner comment nous pouvons offrir le maximum de soutien à ceux qui sont en première ligne, soit en personne, soit en prévoyant des évacuations par avion, ou encore par les systèmes de télécommunications, afin qu'ils sachent qu'ils seront aidés et disposeront de certaines ressources, qu'il existe un système cohérent.

Le sénateur Cook : On cherche des budgets pour les choses les plus étranges. Je suis toujours en quête d'une solution. Diriez-vous que vos projets pilotes se situeraient dans un contexte de « recherche » et, si oui, quel rôle le gouvernement fédéral pourrait-il jouer en matière de financement?

Le Dr Kates : Pour nous, une des équipes critiques se trouve dans le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires qui n'a pas seulement soutenu des programmes tels que le nôtre mais qui a également, par exemple, en Ontario, permis la mise sur pied d'environ 120 projets qui comportent un élément d'évaluation de recherche. Si l'on considère tous ces projets ensemble, on en arrive à dresser un tableau presque inégal du potentiel d'un système réformé de soins de santé primaires.

La réponse à votre question est, oui, absolument. Il y a un certain nombre d'éléments différents. Il y a la recherche et l'évaluation. Il y a aussi la nécessité de voir comment des modèles de soins partagés peuvent être adaptés pour satisfaire aux besoins de différentes localités et populations. Le troisième serait le genre de projet de démonstration que pourraient offrir des modèles qui pourraient être envisagés par d'autres. J'irais puiser à toutes les ressources possibles pour financer ce genre d'initiatives.

I believe that the federal government has a major role to play both in funding and as a kind of an engine to drive some of the provincial activity.

Dr. Garfinkel: With regard to funding, senator, you mentioned the new public health agency. As an example, the CDC in the United States allocates over 9 per cent of its funds to the mental health behavioural health area. We see a huge area of opportunity there.

With regard to the nurse practitioner question, I certainly agree with Nick, and I would push it even further. We provide the mental health services in Baffin Island and we have done a fair bit of work in Sri Lanka where there are few psychiatrists and, in fact, few doctors. The Sri Lankan mental health system is hugely dependent on community mental health care workers who are trained and knowledgeable. The same applies to Baffin Island. You require really good training and, as Dr. Kates emphasized, you need the backup, whether it is by Telehealth, by email or by direct contact. When they need it, these people need help immediately. They can do huge amount of work if they get that help.

Ms. Budden: As a nurse myself, I have had the opportunity to work with primary health care nurse practitioners in the mental health system. The advantages are obvious. These nurses have a knowledge of mental health as well as primary health care and they provide services.

For example, the Waterford Hospital in Newfoundland was a provincial psychiatric facility and they had three nurse practitioners who were primary health care nurse practitioners in the mental health system because they were having difficulty recruiting family physicians to their programs to provide mental health services, to provide the primary health care services. They funded education for three nurses who had a background in mental health and many years of experience, and now they provide those services on a short stay assessment unit, and on acute care units. They also provide some outpatient services to clients who would normally not have family physicians in the community. These services are very beneficial and essential. They work collaboratively with the family physicians and the psychiatrists. Although the road initially was difficult, it did work out well and I must it is because of the professionalism of three individuals. Senator Cook knows one of them very well.

I would like to see more of that in Newfoundland in a primary health care model and a mental health services plan. The hope is to bring nurse practitioners into the primary health care model to provide primary health care services, but particularly those who have a background in mental health.

Nurse practitioners have a great understanding of the role families play in the care of clients, so they would utilize families very well and include them as part of the treatment team. That is something that we want to see.

Je crois que le gouvernement fédéral a un rôle majeur à jouer tant dans le financement que dans la force d'entraînement qu'il peut représenter pour l'activité des provinces.

Le Dr Garfinkel : En ce qui touche au financement, sénateur, vous avez mentionné la nouvelle agence de santé publique. Par exemple, le CDC aux États-Unis, affecte plus de 9 p. 100 de son budget à la santé mentale et au comportement. Cela représente énormément de possibilités.

Quant à la question sur les infirmières praticiennes, je suis tout à fait d'accord avec Nick et j'irais même plus loin. Nous assurons les services de santé mentale à l'île de Baffin et nous avons fait un certain nombre de choses au Sri Lanka où il y a peu de psychiatres et, d'ailleurs, peu de docteurs. Le système de santé mentale de ce pays dépend dans une mesure énorme des travailleurs locaux de la santé mentale qui ont la formation et les connaissances voulues. C'est la même chose à l'île de Baffin. Il faut une très bonne formation et, comme le disait le Dr Kates, des auxiliaires, qu'il s'agisse de télésanté, de courriels ou de contacts directs. Quand ces gens ont besoin d'aide, c'est immédiatement. Ils peuvent faire énormément de choses s'ils obtiennent cette aide.

Mme Budden : En tant qu'infirmière moi-même, j'ai eu la possibilité de travailler avec des infirmières praticiennes spécialisées dans les soins de santé primaires et la santé mentale. Les avantages sont évidents. Ces infirmières connaissent le domaine de la santé mentale aussi bien que celui des soins primaires et peuvent ainsi offrir ces services.

Par exemple, l'hôpital Waterford à Terre-Neuve était un hôpital psychiatrique provincial qui avait trois infirmières praticiennes qui étaient des spécialistes des soins de santé primaires dans le système de santé mentale parce que l'on avait des difficultés à recruter des médecins de famille pour participer à ces programmes et assurer les services de santé mentale, de même que les services de soins de santé primaires. On a financé les études de ces trois infirmières qui avaient des connaissances en santé mentale et beaucoup d'années d'expérience et qui offrent maintenant ces services à des postes d'évaluation de courte durée ainsi qu'à des postes de soins actifs. Elles assurent également certains services externes à des clients qui n'ont pas forcément de médecins de famille sur place. Ce sont des services très utiles et essentiels. Elles travaillent en collaboration avec les médecins de famille et les psychiatres. Bien que les débuts furent difficiles, cela s'est bien terminé et c'est certainement grâce au professionnalisme de ces trois personnes. Le sénateur Cook en connaît très bien une.

J'aimerais voir cela se développer à Terre-Neuve pour ce qui est des soins de santé primaires et des services de santé mentale. Ce que l'on espère, c'est amener les infirmières praticiennes à adopter le modèle des soins primaires pour offrir ces services, mais en insistant en particulier sur celles qui ont une connaissance de la santé mentale.

Les infirmières praticiennes comprennent très bien le rôle que jouent les familles dans le soin des clients si bien qu'elles utiliseraient très bien les familles et les incluraient dans l'équipe de traitement. C'est le genre de choses qu'il faut assurer.

We do have primary health care nurse practitioners throughout rural Newfoundland but, unfortunately, many of our recent graduates do not have jobs, and have had to go back to working as registered nurses until jobs become available. I think the federal government needs to move forward and push the strategy for nurse practitioners as a good alternative for primary health care services and a necessity in the communities, especially in the rural areas. Many of these nurses who work in rural areas want to stay in the rural areas. They have the background and the understanding that is needed to work in those communities. We should encourage the federal government to encourage the provincial governments to move the strategy forward.

When a class graduates in rural Newfoundland, since we have many rural communities, no nurse practitioner should be out of work. Jobs should be available.

The federal government definitely has a role in funding strategies. I also believe that the public health agency has a role but that they need to work collaboratively with other parts of government who provide services for individuals with mental illness and somehow find a way to integrate the funding together so that all aspects, housing, support, medical services and everything is funded appropriately. The federal government has to work collaboratively too ensure that they are funding things appropriately and not just a little bit here and there.

Senator Pépin: Dr. Kates, you said that many groups do not use the centres. Why is that? Is it because of difficulties of accessibility or a lack of personnel?

You spoke about minorities. Do they run into difficulties because of the language and the culture of a group? Could you elaborate on that?

Dr. Kates: As you mentioned, there are many reasons why there are problems with access to mental health services, some of them are barriers that we put up in terms of making it harder for people to reach our services. However, there are some other barriers.

For example, for ethnocultural groups, language and cultural sensitivity are major factors. I will deal with the primary care setting. When we talk about primary care settings, we are not just thinking of family physicians, we are including in that community health centres, home care, activities that take place in the person's home. Sometimes these people are in shelters for the homeless. In those kinds of settings, people may choose a family physician because the physician is familiar with the culture or the nurse in the office speaks your first language. It makes it much easier to be seen because there is someone there who is familiar with some of the context of your problems and who can serve as a guide to the mental health worker. The mental health worker is learning at the same time as he or she is helping. That is one of the nice things about collaboration — we are broadening our skills and our understanding as we go.

Nous avons des infirmières praticiennes pour les soins primaires dans toutes les régions rurales de Terre-Neuve mais, malheureusement, nombre de nos récentes d  pl  m  es n'ont pas d'emploi et on d   retourner travailler comme infirmières d  pl  m  es en attendant que des postes se libèrent. Je crois que le gouvernement fédéral devrait défendre cette stratégie d'infirmières praticiennes comme solution à la pénurie de médecins pour les soins primaires dans les petites localités, en particulier dans les régions rurales. Nombre de ces infirmières qui travaillent dans des régions rurales veulent y rester. Elles ont les connaissances et savent ce qui est nécessaire pour travailler dans ces localités. Nous devrions inviter le gouvernement fédéral à encourager les gouvernements provinciaux dans ce sens.

Quand des infirmières obtiennent leur diplôme dans un secteur rural de Terre-Neuve, étant donné que nous avons de nombreuses localités rurales, il ne devrait pas y avoir d'infirmières praticiennes sans travail. Elles devraient pouvoir trouver un poste.

Le gouvernement fédéral peut certainement jouer un rôle pour ce qui est du financement. Je crois d'autre part que l'Agence de santé publique a un rôle à jouer mais elle doit collaborer avec d'autres secteurs de l'administration qui assurent des services aux malades mentaux et qui, d'une façon ou d'une autre, réussissent à regrouper certains budgets pour que tous les aspects, logement, soutien, services médicaux, et cetera, soient financés convenablement. Le gouvernement fédéral doit collaborer afin de financer comme il faut les services et ne pas s'éparpiller trop.

Le sénateur Pépin : Docteur Kates, vous avez dit que beaucoup de groupes n'utilisent pas ces centres. Pourquoi? Est-ce parce qu'ils sont difficilement accessibles ou qu'il n'y a pas assez de personnel?

Vous avez parlé des minorités. Rencontrent-elles des difficultés d'ordre linguistique ou culturelle? Pourriez-vous préciser votre pensée?

Le Dr Kates : Comme vous l'avez dit, il y a différentes raisons pour lesquelles les services de santé mentale sont difficilement accessibles. Dans certains cas, ce sont des obstacles que nous dressons nous-mêmes et qui font qu'il est plus difficile aux gens d'obtenir nos services. Il y en a toutefois d'autres.

Par exemple, pour les groupes ethnoculturels, les questions linguistiques et culturelles sont des facteurs importants. Je parlerai des soins primaires. Lorsque nous parlons de soins primaires, il ne s'agit pas simplement de généralistes, il y a aussi les centres de santé communautaires, les soins à domicile, les activités qui se déroulent chez les gens. Quelques fois, ces gens se trouvent dans des refuges pour sans-abri. Dans un tel contexte, ils peuvent choisir un médecin parce que celui-ci connaît leur culture ou une infirmière qui parle leur première langue. Cela facilite beaucoup les choses parce qu'il y a quelqu'un qui connaît un peu le contexte de l'intéressé et qui peut le guider vers quelqu'un qui s'occupe de santé mentale. Cette personne apprend en même temps qu'elle aide. C'est une des choses intéressantes    propos de la collaboration. Nous   largissons nos compétences et notre compréhension des problèmes.

Other groups face different problems, for example, teenagers. Even getting them into family physician offices is a problem. However, they are more likely to visit their family physician's office and have a problem picked up if the family physician says, "Would you mind speaking to the counsellor who is in the office because they may be able to help with that problem?" The teenager is much more likely to follow through in that instance than if the family physician were to say, "I want to refer you to a mental health clinic. You will probably have to wait six months before you are seen, but I think it will be very helpful." I think some of those barriers can be overcome again by bringing services to where the individual or where the problem is.

As Paul mentioned, stigma is a major factor — stigma in accepting that you may have a problem, stigma in what you might imagine people will think, even though it is not the reality if you contact a mental health service. Again, it is much more comfortable to be seen in primary care.

Senator Pépin: How is your organization structured? Do you have people coming to you from different communities, such as the multicultural community? Do your workers identify themselves so that your organization could tell a consumer that you have people from that person's community working in your office? I ask this question because many people feel that they do not have accessibility.

Dr. Kates: I think both models have a place. If there are places where there is a natural gathering point for individuals, then that would be a logical place to bring services, for example, in Ontario some of the community settlement organizations. Again, what we are looking at is how we can integrate services into those settings and provide treatment onsite.

In smaller practices there are many individuals who have connected with a family physician either because they feel comfortable because that family physician is from their own culture, or because there is a group of people to whom they can relate, and in those situations, wherever possible, we would consider trying to find counsellors, psychiatrists who are familiar with both the culture and the language, who can provide those services in the individual's environment. Our experience has been that most of those services can be provided as effectively as in mental health services. Not every problem, but many problems can be dealt with, and a larger number of people can be seen. They see a large number of people who would never reach mental health services.

Another population for consideration is the homeless. A project in Toronto looked at working with family physicians who are going into shelters supported by a psychiatrist to see individuals who may not want to see a psychiatrist, but are willing to see a family physician. The psychiatrist serves as a consultant to the family physician. This is, again, a way of

D'autres groupes se heurtent à des problèmes différents, comme les adolescents. Il peut même être difficile de les faire venir voir un médecin généraliste. Toutefois, il y a plus de chances qu'ils viendront voir un médecin et que celui-ci diagnostiquera leur problème si ce médecin dit : « Est-ce que vous voulez bien parler au conseiller qui se trouve au bureau parce qu'il pourra peut-être vous aider? » Il y a beaucoup plus de chances que l'adolescent le fasse que si le médecin déclare : « J'aimerais vous envoyer dans une clinique de santé mentale. Vous devrez probablement attendre six mois avant que quelqu'un ne vous voit mais je crois que ce sera très utile. » Je pense que certains de ces obstacles peuvent être éliminés si l'on amène les services là où se trouvent les gens ou le problème.

Comme Paul l'a mentionné, le stigmate est un facteur majeur à surmonter pour admettre qu'on puisse avoir un problème et parce qu'on craint ce que les gens vont penser, même si ça ne correspond pas du tout à la réalité de ce qu'on vit dans les services de santé mentale. Encore une fois, il est beaucoup plus facile de consulter quelqu'un qui fournit des soins de première ligne.

Le sénateur Pépin : Comment votre organisation est-elle structur  e? Avez-vous des représentants de différentes collectivités, comme les collectivités multiculturelles? Est-ce que vos travailleurs s'identifient pour que votre organisation puisse dire à un client que vous avez des gens de sa collectivité qui travaillent dans votre bureau? Je pose cette question parce que bien des personnes sentent qu'elles n'ont pas accès à ces services.

Le Dr Kates : Je pense que les deux modèles ont leur place. S'il y a des endroits qui sont des points de rassemblement naturel pour certaines personnes, ce serait logique d'y offrir des services comme dans les organisations d'établissement communautaire de l'Ontario. Encore une fois, nous essayons de déterminer comment nous pouvons fournir nos services dans de tels cadres et dispenser des traitements sur place.

De nombreuses personnes s'adressent à leur médecin de famille qui a une petite pratique et qui appartient à leur propre culture parce qu'elles se sentent plus à l'aise avec lui ou elle ou parce qu'il y a un groupe de personnes qui lui ressemblent et, dans de tels cas, lorsque c'est possible, nous essayons de trouver des conseillers, des psychiatres qui connaissent à la fois la culture et la langue et qui peuvent fournir à cette personne des services dans son propre milieu. D'après notre expérience, la plupart de ces services peuvent être fournis dans ce cadre aussi efficacement que dans des services de santé mentale. De nombreux problèmes, mais pas tous, peuvent être traités et on peut ainsi voir un plus grand nombre de personnes. On rejoint ainsi un plus grand nombre de personnes qui n'auraient jamais eu accès aux services de santé mentale.

Il y a un autre groupe qu'il ne faut pas oublier, les sans-abri. Dans le cadre d'un projet à Toronto, des médecins de famille, accompagnés d'un psychiatre, se rendent dans des refuges voir des personnes qui ne voudraient peut-être pas voir un psychiatre mais qui sont prêts à consulter un médecin de famille. Le psychiatre conseille le médecin de famille. Encore une fois, c'est un moyen de

providing mental health services appropriate to the culture of the individual rather than either forcing them into our model or forcing our model on to the individual.

Senator Callbeck: Florence, in your paper you mentioned the importance of the Review Board being able to order treatment for people found not criminally responsible for an act, and you go on to talk about a model mental health act paper. Was that paper prepared as a response to the House of Commons committee on the amendment to the Criminal Code regarding this issue?

Ms. Budden: No. I chair the National Advocacy Committee. Part of our strategic plan is decriminalization of the mentally ill. We were very fortunate to have as our president, John Gray, an expert on mental health acts, because of the differences in every province. Many provinces now have mental health acts that are under review. I come from a province where the Mental Health Act dates back to 1971. We are still waiting for new mental health legislation.

This paper provides information to individuals, families and groups who want to work with government to pursue a mental health act that best meets the needs of individuals with mental illness. We developed a model mental health act paper — we can certainly give you a copy of it — in which we looked at matters like the definition of mental disorder and involuntary admission criteria, procedures for involuntary examination and admission, authorization of treatment and consent, taking into account community treatment orders and considering the rights of the individual. By that I mean the patient's freedoms, rights and freedom of thought rights.

We also took into account the refusal of treatment by someone who is not mentally competent to make that decision and the fact that that can result in more harm to the individual. Starson is an example of this. We considered assisted community treatment, and rights and protections.

This was based on a book called *Canadian Mental Health Law and Policy* by John Gray, Margaret Shone and P. Liddle that was published in 2000. We developed this because every province had different mental health acts. Our provincial societies were asking us for support as their provinces developed these new acts, and we felt that certain components needed to be in all of the provincial acts, so we developed this paper based on that.

Senator Callbeck: I raise the matter of the Review Board being able to order treatment because that issue is dealt with in Bill C-10 which is now before the Senate and will soon be referred to a committee.

Ms. Budden: Yes. The Schizophrenia Society of Canada made a presentation to the Justice Committee on Bill C-10. This was one of the issues we raised at that time as well.

fournir des services de soins de santé adaptés à la culture de la personne plutôt que d'essayer de la forcer à s'adapter à notre modèle.

Le sénateur Callbeck : Florence, dans votre mémoire, vous mentionnez qu'il est important que la commission d'examen puisse ordonner des traitements pour les personnes ayant fait l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle, puis vous parlez d'un document sur une loi modèle en matière de santé mentale. Est-ce que vous voulez parler du document préparé en réponse au comité de la Chambre des communes qui a examiné un amendement au Code criminel visant ces personnes?

Mme Budden : Non, je préside le Comité national de défense des droits. Notre plan stratégique vise en partie la décriminalisation des personnes qui souffrent de troubles mentaux. Nous avons eu l'extrême chance d'avoir comme président John Gray, un expert en matière de législation sur la santé mentale, car il y a des différences dans chaque province. De nombreuses provinces sont maintenant en train d'examiner leurs lois en matière de santé mentale. Je viens d'une province dont la loi date de 1971. Nous attendons toujours une nouvelle loi.

Ce document fournit de l'information sur les personnes, les familles et les groupes qui veulent travailler de concert avec le gouvernement à l'élaboration d'une loi sur la santé mentale qui réponde vraiment aux besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale. Nous avons préparé un document sur une loi modèle — dont nous pouvons certainement vous remettre un exemplaire — dans lequel nous examinons des questions comme la définition d'un trouble mental, les critères d'admission involontaire, les procédures d'examen et d'admission involontaires, l'autorisation relative au traitement et au consentement, tenant compte des ordonnances de traitement communautaire et les droits de la personne. Par cela, je veux dire les droits et libertés des patients et notamment ses droits de libre pensée.

Nous avons également tenu compte du refus de traitement par une personne qui n'a pas la compétence mentale nécessaire pour prendre une telle décision et le fait que cela peut lui causer plus de tort. Starson en est un exemple. Nous avons examiné les traitements communautaires assistés, les droits et les protections.

Nous nous sommes inspirés d'un livre intitulé *Canadian Mental Health Law and Policy*, de John Gray, Margaret Shone et P. Liddle, publié en 2000. Nous avons préparé ce document parce que chaque province a sa propre loi en matière de santé mentale. Nos sociétés provinciales ont demandé notre aide lorsque leur province préparait une nouvelle loi et nous pensions que certaines dispositions devaient se retrouver dans toutes les lois provinciales; c'est pourquoi nous avons préparé ce document.

Le sénateur Calbeck : J'ai soulevé la question de la commission d'examen qui peut ordonner le traitement puisqu'il y a une disposition à cet effet dans le projet de loi C-10 dont le Sénat est maintenant saisi et qui sera bientôt renvoyé à un comité.

Mme Budden : Oui. La Société canadienne de schizophrénie a comparu devant le Comité de la justice lorsque celui-ci étudiait le projet de loi C-10. C'est une des questions que nous avons soulevée à cette occasion.

Senator Callbeck: Do you remember what other issues you raised?

Ms. Budden: I did not attend the committee meeting, but I can certainly give you a copy of the presentation so that you can see what issues were raised. The issues were similar to those I mentioned here as they relate to decriminalization. We suggested that the Review Board could order treatment when an individual refuses treatment which is necessary. In some provinces, Ontario for example, they can be ordered to stay in hospital, but they cannot be treated. In Newfoundland it is different. We can treat. Under involuntary admission, we can provide treatment.

We must consider, however, the rights of the individual. Our outlook is that we should not force treatment but, instead, work with the individual so that he or she will accept treatment. However, we can administer treatment under our act. In that respect, it is quite different.

Senator Cook: My background is education, so a lot of children have gone through my hands, and some of them have landed here in Ontario. Now, since they have come here, I understand that a few of them have been diagnosed as schizophrenic.

Is there a symptom that educators can look for to recognize this illness so that, if there is a problem, teachers could be aware of it and children could be guided towards treatment?

Ms. Budden: The Schizophrenia Society of Canada has a reaching out, educational program for junior high and high school students about schizophrenia, and it is also a complete program for teachers. It gives them all the information they need about schizophrenia. It helps educate the teachers and the students. Teachers will often notice changes in their students but sometimes, because of large class sizes, symptoms might be missed. Peers are more likely to notice changes. Their friend may suddenly become withdrawn, makes bizarre statements and start to do bizarre things. Peers understand that these things may be a symptom of mental illness and they will talk to a teacher or a counsellor and encourage the individual to get help.

We are trying to destigmatize mental illness in the school system and, to that end, we have this program. I know from Newfoundland's perspective we have managed to get it on the curriculum as a recommended program for study. It is also on the curriculum of some other provinces. We need to educate the teachers and we need to educate the students. Some of the symptoms that an individual may exhibit in early diagnosis may appear to be teenage changes because a lot of teenagers become withdrawn and they may do things differently. This program will help people recognize certain symptoms. We are not ringing alarm bells with regard to all teenagers, we are just making the

Le sénateur Callbeck : Vous souvenez-vous des autres questions que vous avez soulevées?

Mme Budden : Je n'étais pas présente à la réunion, mais je peux certainement vous remettre une copie du mémoire pour que vous puissiez voir quelles questions ont été soulevées. Elles étaient semblables à celle que j'ai mentionnée ici en ce qui concerne la décriminalisation. Nous avons proposé que la Commission d'examen puisse ordonner un traitement lorsqu'une personne malade refuse un traitement dont elle a besoin. Dans certaines provinces, comme l'Ontario, ces personnes peuvent être hospitalisées de force mais on ne peut pas leur imposer un traitement. Au Nouveau-Brunswick, c'est différent. Là, on peut les traiter. Dans un cas d'admission involontaire, nous pouvons fournir le traitement.

Nous ne devons jamais oublier cependant les droits de la personne. À notre avis, il ne faudrait pas imposer un traitement mais plutôt travailler avec la personne afin qu'il ou elle accepte le traitement. Toutefois, notre loi nous autorise à administrer le traitement. À cet égard, c'est très différent.

Le sénateur Cook : J'ai fait carrière dans l'éducation, il y a donc de nombreux enfants qui me sont passés entre les mains et certains d'entre eux ont abouti ici en Ontario. J'ai appris qu'après leur arrivée ici on a diagnostiqué quelques cas de schizophrénie parmi mes anciens élèves.

Y a-t-il un symptôme que les éducateurs devraient apprendre à reconnaître pour dépister cette maladie afin que les enfants qui ont un problème puisse être orientés vers les services de traitement?

Mme Budden : La Société canadienne de schizophrénie a mis sur pied un programme d'information au sujet de la schizophrénie à l'intention des élèves des niveaux intermédiaire et secondaire et aussi un programme complet à l'intention des enseignants. Ces programmes leur fournissent toute l'information dont ils ont besoin au sujet de la schizophrénie. Il aide à informer les enseignants et les élèves. Les enseignants remarquent souvent des changements chez leurs étudiants mais parfois, en raison du grand nombre d'élèves par classe, les symptômes passent inaperçus. Les pairs sont plus susceptibles de remarquer des changements. Les amis peuvent remarquer que quelqu'un devient soudainement réservé, qu'il fait des commentaires bizarres ou qu'il commence à faire des choses bizarres. Les pairs comprennent que ces comportements peuvent être un symptôme de maladie mentale et ils en parleront à l'enseignant ou à un conseiller et encourageront leur ami à obtenir de l'aide.

Nous essayons d'effacer le stigmate de la maladie mentale dans le système scolaire et c'est pourquoi nous avons mis en œuvre ce programme. Je sais qu'à Terre-Neuve nous avons obtenu qu'il soit inscrit au programme d'études comme cours recommandé. Il figure également au programme d'études d'autres provinces. Nous devons informer les enseignants et nous devons informer les élèves. Certains des symptômes qui se manifestent au début peuvent être pris pour des changements dus à l'adolescence parce que beaucoup d'adolescents deviennent réservés à cet âge et commencent à agir différemment. Ce programme aide les gens à reconnaître certains symptômes. Nous ne sonnons pas l'alarme

information available. We are telling people where they can go to find this information, and telling them what services are available to them if they need help. That type of information is very important.

Dr. Kates: I believe this also applies to primary care. Family physicians are in a unique position to be able to recognize, when they see a 15-year-old or a 16-year-old kid, that there is something different about a certain kid. They may not be able to put their finger on it. The patient may not be exhibiting psychotic or even pre-psychotic symptoms but the physician may be aware of change.

Families that are in contact with their family physician may express concern about one of their members. Primary care will not to rush to a diagnosis of a psychotic illness, depression or anxiety, but the physician is in a position to keep an eye on a kid and make sure that, from time to time, he or she comes into the office so he can monitor any changes. When you have collaboration, the family physician can then get a confirmatory opinion from someone else.

We know from the literature that, if family physicians have supports available, they are much more likely to detect and diagnose a problem. If they do not know what to do with it or there are no resources available, they are more likely to let it pass or wait and see what happens down the road. There is a lot of literature around addiction problems. With that kind of partnership, the family physician or primary care provider has a longitudinal understanding of the individual.

This also applies to the school system. It is important to have someone who is in a position to notice that something is going on. That person may not be sure what to do, but we do not have to wait until a kid is sick enough to require mental health service.

One small anecdote, I was asked by a family doctor to see a five-year-old girl in his office who I thought had obsessive compulsive disorder, and I discussed it with the family physician. He told me that he had not realized that young people could get OCD. The next time I was in his office, there were three other children under the age of eight all of whom he had concerns about. He could not put his finger on what it was and two of those did actually have some symptoms of OCD. In a partnership we can bring in community resources.

Dr. Garfinkel: Your question is a good one. We know that, the earlier you recognize schizophrenia and treat it, the better the outcome. However, we need to be in a world where not only one place can recognize it. It may be the family. It may be the school. It may be the workplace. It may be the primary care physician but we should all be alert to what is unusual.

pour tous les adolescents, nous faisons simplement en sorte que l'information soit disponible. Nous disons aux gens où ils peuvent trouver l'information et quels services sont disponibles s'ils ont besoin d'aide. Ce genre d'information est très important.

Le Dr Kates : Je crois que cela s'applique également aux soins primaires. Les médecins de famille sont particulièrement bien placés pour reconnaître qu'il y a quelque chose de différent chez un jeune de 15 ou 16 ans. Ils ne pourront peut-être pas dire au juste ce dont il s'agit. Le patient n'a peut-être pas de symptômes psychotiques ou prépsychotiques mais le médecin peut néanmoins remarquer un changement.

Les familles qui sont en contact avec leur médecin de famille peuvent exprimer certaines préoccupations concernant l'un de leurs membres. Les médecins de soins primaires ne feront pas à la hâte un diagnostic de psychose, de dépression ou d'anxiété, mais le médecin est bien placé pour surveiller un jeune et s'assurer que de temps à autre il ou elle vienne à son bureau afin que l'on puisse surveiller tous les changements qui se manifestent. Lorsque la collaboration existe, le médecin de famille peut obtenir l'opinion d'un autre médecin pour confirmer la sienne.

La littérature médicale nous apprend que si les médecins de famille ont les appuis nécessaires, ils sont beaucoup plus susceptibles de détecter un problème et de faire un diagnostic. S'ils ne savent pas quoi faire à ce moment-là ou s'il n'y a pas de ressources disponibles ils sont plus susceptibles de laisser passer ou d'attendre pour voir ce qui se produira plus tard. Il existe beaucoup de littérature médicale sur les problèmes de toxicomanie. Avec ce genre de partenariat, les médecins de famille ou autres professionnels de la santé qui prodiguent les soins primaires peuvent avoir une vue longitudinale de ce patient.

Cela s'applique également au système scolaire. Il est important d'avoir quelqu'un qui est bien placé pour s'apercevoir s'il se passe quelque chose. Cette personne ne saura peut-être pas quoi faire, mais nous ne devrions pas attendre qu'un enfant soit assez malade pour avoir besoin de services de santé mentale.

Si vous me permettez une petite anecdote, un médecin de famille m'a demandé de voir une petite fille de cinq ans dans son bureau, qui d'après moi souffrait d'un trouble obsessionnel-compulsif. J'en ai ensuite discuté avec le médecin de famille. Il m'a dit qu'il ne se rendait pas compte que les jeunes pouvaient souffrir de tels troubles. La prochaine fois que je suis allé à son bureau, il y avait trois autres enfants de moins de huit ans dont il s'inquiétait. Il ne pouvait pas voir exactement ce qui n'allait pas mais deux de ces enfants-là avaient effectivement des symptômes de troubles obsessionnel-compulsif. Dans un partenariat, il est possible de faire intervenir des ressources communautaires.

Le Dr Garfinkel : Vous avez soulevé une bonne question. Nous savons que plus le diagnostic et le traitement de la schizophrénie se fait tôt, plus le résultat sera positif. Toutefois, il faut qu'il y ait plus d'un endroit où les symptômes peuvent être reconnus. C'est peut-être la famille. C'est peut-être l'école. C'est peut-être le milieu de travail. C'est peut-être le médecin de famille mais nous devons tous être en mesure de reconnaître les comportements inusités.

I would also mention that we do not know how to prevent schizophrenia, but we have done some high-risk studies. If you have one or two parents with schizophrenia, you have a very high risk of developing it. We are running some intensive preventative programs for these people, but we do not know if we can prevent schizophrenia.

Senator Keon: Dr. Kates, I am sorry I missed your presentation, but I understand that you have done a good job of looking at the integration of health professionals. Have you put the same effort into the integration of health resources in the community, in other words, looking at not only primary care as it relates to mental health, but also at community care, emergency services, social services and so forth? Have you addressed issue? If you have, and you have spoken to it, I apologize for asking the question.

Dr. Kates: I did not mention it specifically. The key is that collaborative models are built on certain principles, personal contacts, respect and care that are truly client centred, with an emphasis on recovery and optimizing the potential of the individuals, and trying to break down structural or attitudinal barriers. Rather than taking a model and trying to make it work somewhere else, if you apply the principles, there are many examples of where collaboration can take place. One aspect would be the integration of medical specialists into primary care. For example, there is consideration of a program for the treatment of congestive cardiac failure, that is, cardiologists, respirologists and pediatricians working as part of the primary care team.

You mentioned community resources. Some of the Western provinces have gone a lot further in linking or integrating primary care with mental health with community programs. In our vision of what primary care could look like, it would include not only the traditional providers of care, but also, perhaps, someone from the EI office or Workers Compensation who would come in once a month to help individuals who are having difficulty completing forms. It may include someone who works in one of the community self-help groups who brings a program into the primary care setting. It may be a family member who again can be supported to develop a program in the primary care setting.

All the other interfaces you mentioned, such as emergency, with primary care or mental health, all present unique problems. However, there are a lot of common elements based around the kind of things I mentioning before. We have to consider how we can sit down together and look at this as a common problem rather than your problem or my problem and of put aside the past come up with new solutions. That is how the kind of

Je rajouterais que nous ne savons pas comment prévenir la schizophrénie, mais on a fait certaines études sur les risques élevés. Si vous avez un ou deux parents qui souffrent de schizophrénie, vous courez un risque très élevé de contracter vous-même cette maladie. Nous administrons actuellement des programmes de prévention intensive à ces gens-là, mais nous ne savons pas si nous pouvons prévenir la schizophrénie.

Le sénateur Keon : Docteur Kates, je regrette d'avoir manqué votre exposé, mais je crois comprendre que vous avez fait un excellent travail dans le domaine de l'intégration des professionnels de la santé. Avez-vous déployé les mêmes efforts pour ce qui est de l'intégration des ressources de santé dans la communauté, ou en d'autres mots, examiné non seulement les soins primaires en ce qui a trait à la santé mentale, mais aussi les soins communautaires, les services d'urgence, les services sociaux, et cetera? Vous êtes-vous penché sur cette question? Dans l'affirmative, et si vous en avez parlé, excusez-moi de vous poser cette question.

Le Dr Kates : Je n'en ai pas parlé de façon précise. La clé réside dans le fait que les modèles collaboratifs sont fondés sur certains principes, les contacts personnels, le respect et les soins qui sont véritablement axés sur le client, axés sur la guérison et la réalisation du plein potentiel de ces personnes, ainsi que l'élimination des obstacles structurels et comportementaux. Plutôt que de prendre un modèle et d'essayer de le faire fonctionner ailleurs, si vous appliquez les principes, il y a beaucoup d'exemples où la collaboration peut avoir lieu. Un de ces aspects serait l'intégration des spécialistes dans les soins primaires. Par exemple, on songe à un programme pour le traitement de l'insuffisance cardiaque congestive qui comprendrait des cardiologues, des respirologues et des pédiatres qui participeraient au travail d'une équipe de soins primaires.

Vous avez parlé de ressources communautaires. Certaines des provinces de l'Ouest sont allées beaucoup plus loin dans leurs efforts pour intégrer les soins de première ligne avec la santé mentale et les programmes communautaires. Selon notre conception des soins de première ligne, en plus des fournisseurs de soins de santé traditionnels, peut-être qu'il devrait y avoir quelqu'un du bureau de l'assurance-emploi ou d'indemnisation des travailleurs qui viendrait une fois par mois aider ceux qui ont du mal à remplir leur formulaire. Peut-être pourrait-on faire participer quelqu'un qui travaille à l'un des centres d'entraide communautaire; une telle personne pourrait mettre sur pied un programme en milieu de soins de première ligne. On pourrait faire participer également quelqu'un de la famille qui pourrait être appuyé dans l'élaboration d'un programme en milieu de soins de première ligne.

Toutes les autres interfaces dont vous avez parlé, dont les urgences, les soins de première ligne et la santé mentale, présentent des problèmes uniques en leur genre. Toutefois, il y a beaucoup d'éléments en commun auxquels j'ai déjà fait référence tout à l'heure. Il faudrait trouver un moyen d'envisager ensemble la question comme un problème commun plutôt que le problème d'une personne ou d'une autre. Il faudrait mettre de côté le passé

projects that we have been involved with and the kind of solutions to the problems you are talking about can evolve.

Senator Keon: Ms. Budden, everybody I think is tremendously supportive of the expanded role of the nurse. In my own professional life, I have had extensive experience with clinical nurse specialists, nurse clinicians and so forth who did a wonderful job.

The main problem confronting you, is that you have a huge wave of retirements coming and your output is far below the 12,000 that we in the Senate committee recommended. How are you going to deal with that? Will you try to recruit nurses abroad?

Ms. Budden: I am not here representing the Schizophrenia Society, not the nurses association, but I can personally speak to your question. We need better recruitment and retention strategies. As an educator, I believe that we need to find ways to encourage our young people to stay in Canada. Some leave for financial reasons, but some leave for educational reasons. I think we have to show them the value we put on them, and we must find a way to reduce the stress that nurses face in the health care system. Those are complex issues. I do not know if the Canadian Nurses Association would be happy with me giving my opinion on that officially, but, personally I think we do need to improve our recruitment and retention strategies and we need to find a way to keep our young nurses. In Newfoundland, I teach a class of over 100 nurses, and I would say that we will lose 50 to 60 per cent of them to other places in Canada and to the U.S. because they provide better practices. These students want to go on. Life-long learning is important to nurses, and those other locations provide those opportunities to them. It is unfortunate for Newfoundland.

Dr. Garfinkel: I want to emphasize how inconsistent we have been about nursing policy and recruitment over 30 years. There is a wave where we want more nurses and, as soon as there are cutbacks, we cut back nurses. My understanding is that, in Ontario next year, there will probably be a loss of about 750 nursing positions. In our circumstances, many nurses decide that they would like to try another profession, perhaps real estate or business. They do not want the headache of investing their time for two years or so and losing their jobs again.

Senator Keon: Ever since President Kennedy started closing asylums in America, there has been a phenomenon of decanting hospital resources into communities. That is continuing, but Ontario has a long way to go. About 20 per cent of hospital

et trouver de nouvelles solutions. Nous avons participé à des projets qui ont présenté certains problèmes par le passé; c'est donc la meilleure façon d'en arriver à des solutions.

Le sénateur Keon : Madame Budden, je pense que tout le monde appuie de plein cœur le rôle élargi des infirmiers et des infirmières. Dans ma vie professionnelle, j'ai eu l'occasion de rencontrer énormément d'infirmières cliniciennes spécialisées et d'infirmières cliniciennes entre autres qui ont toutes fait un excellent travail.

Mais le problème principal auquel vous faites face, c'est qu'il y aura bientôt un très grand nombre de départs à la retraite et votre rendement est bien en deçà des 12 000 infirmiers qu'avait recommandés le comité sénatorial. Comment comptez-vous faire face à ce problème? Avez-vous l'intention de recruter des infirmiers à l'étranger?

Mme Budden : Je ne représente pas la Société canadienne de schizophrénie, ni l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada, je suis ici à titre personnel et c'est ainsi que je répondrai à votre question. Nous avons besoin de meilleures stratégies de recrutement et de maintien en poste. À titre de pédagogue, je crois que nous avons besoin de trouver des façons d'encourager nos jeunes à demeurer au Canada. Certains quittent pour des raisons financières, d'autres pour une question d'éducation. Il faudrait leur montrer la valeur que nous leur attribuons et trouver un moyen de réduire le stress auquel les infirmiers font face dans le système de santé. Ce sont des questions complexes. Je ne sais pas si l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada aimerait que je donne mon opinion officielle là-dessus, mais, personnellement je crois que nous avons besoin d'améliorer nos stratégies de recrutement et de maintien de l'effectif. Nous devons trouver une stratégie pour garder nos jeunes infirmières. À Terre-Neuve, j'enseigne à une classe de plus de 100 infirmiers et infirmières. Je crois qu'on en perd entre 50 et 60 p. 100 parce qu'ils s'en vont dans d'autres régions du Canada et aux États-Unis en raison des meilleures pratiques médicales qu'ils offrent. Ces étudiants veulent poursuivre leurs études. Pour eux, l'éducation permanente est importante et ces autres régions leur offrent ces occasions. C'est malheureux pour Terre-Neuve.

Le Dr Garfinkel : J'aimerais souligner à quel point notre politique en matière d'infirmiers et de recrutement est incohérente depuis 30 ans. À un moment donné, nous voulons plus d'infirmiers, mais aussitôt qu'il y a des compressions, nous réduisons l'effectif. D'après ce que j'ai cru comprendre, l'année prochaine en Ontario il y aura probablement une réduction d'à peu près 750 postes d'infirmier. Dans de telles circonstances, beaucoup d'infirmiers décident de se recycler, peut-être en agents immobiliers ou en gens d'affaires. Ils ne veulent pas se casser la tête et perdre leur temps pendant deux ans si ce n'est que pour de nouveau perdre leur emploi.

Le sénateur Keon : Dès que le président Kennedy a commencé à fermer les hospices aux États-Unis, il y a une tendance qui se dessine selon laquelle les ressources des hôpitaux sont de plus en plus investies dans les collectivités. C'est une tendance qui

resources, in the opinion of the senior bureaucrats here in Ontario, have to come out of the hospital system and go into the community. How will you cope with that in the hospital system?

Dr. Garfinkel: This is a question we struggle with every single day. The mental health system has to be strong in four areas: The first, as you have heard from Nick, is the area of primary care, and I believe significant strides have been made in that area in the last decade. The second is in the community. The third is in acute care, general hospital. The fourth is in the mental health system.

On the last three, we have significant problems. We have problems in integration. What we have learned from our past, not from the United States, is that you can close a mental hospital and put none of the resource into care. We closed the Lakeshore Hospital in 1971 and turned patients into street people because the money was scooped for other phenomena.

I believe the level of community care is outstanding. We should normalize care for people as much as possible and admit people to hospital only when required for safety or security reasons. However, community care is not cheap care. Community care requires specialized resources with knowledgeable people who provide care and treatment.

We have a treatment program for psychosis involving 100 people with schizophrenia. Our team goes out to the homes in Toronto and keeps these people at home, very successfully. It is an excellent treatment program. It involves 100 people who, for sure, would have been in hospital. However, it is expensive. You need a doctor. You need a nurse. You need a social worker. You need a whole team.

I believe for the first time, the hospital system and physicians in the last five or seven years have been looking more broadly at the determinants of health and what it means to have an illness and to have a decent quality of life. Physicians and hospitals no longer say to their patients, "You're out of my care. I've treated the psychosis for the last month. It's now somebody else's turn. Here's a subway token. Good-bye." That no longer happens as it did before. People are interested, but the connector at the other side is rarely there.

Ms. Budden: I believe family members need more support in the community because they are often the sole supporters of an individual with mental illness. Not only should we include it in health human resources and other human resources, but we also need to find the supports to assist the families in the community. It will take a burden off the health care system if we support the families. We know from research that individuals who have

persiste, mais l'Ontario a encore beaucoup de chemin à parcourir. Selon les hauts fonctionnaires ici en Ontario, environ 20 p. 100 des ressources des hôpitaux ont été transférés du régime hospitalier aux collectivités. Comment le régime hospitalier peut-il faire face à cela?

Le Dr Garfinkel : C'est un problème avec lequel on doit composer quotidiennement. Le système de santé mentale doit reposer sur quatre piliers solides : premièrement, comme Nick l'a dit, il y a le secteur des soins primaires, et je crois que nous avons réalisé des progrès importants dans ce secteur depuis 10 ans. Deuxièmement, il y a la collectivité. Troisièmement, le secteur des soins de courte durée, c'est-à-dire l'hôpital général. Et quatrièmement, le système de santé mentale.

Les trois derniers piliers du système ont des problèmes énormes. Il y en a un problème en ce qui concerne l'intégration. Ce que nous avons appris du passé, et là je ne vous parle pas des États-Unis, c'est qu'on peut fermer un hôpital psychiatrique sans réinvestir les ressources dans d'autres soins. On a fermé l'hôpital Lakeshore en 1971 et les patients sont devenus des clochards parce qu'on a consacré l'argent à d'autres fins.

Je crois que le niveau de soins de santé communautaire est formidable. Dans la mesure du possible, nous devrions normaliser les soins de santé, et l'admission à l'hôpital devrait se limiter aux cas où cela est nécessaire pour des fins de sûreté et de sécurité. Cependant, les soins de santé communautaires sont coûteux et exigent des ressources spécialisées ainsi qu'un personnel qualifié capables de dispenser les soins et le traitement.

Nous avons un programme de traitement des troubles psychotiques qui nous permet de procurer des soins à une centaine de personnes affligées de schizophrénie. Notre équipe fait des visites à domicile à Toronto, ce qui permet à ces gens de rester chez eux sans problème. C'est un programme de traitement excellent qui compte une centaine de patients qui, autrement, auraient été hospitalisés. Mais c'est un programme coûteux. Il faut un médecin, une infirmière, un travailleur social, toute une équipe.

Depuis les cinq ou sept dernières années, je crois que le système hospitalier et les médecins examinent, pour la première fois je crois, les facteurs déterminants de la santé dans son sens plus large et ce que cela comporte lorsque quelqu'un est affligé d'une maladie et ce qu'implique une bonne qualité de vie. Les médecins et les hôpitaux ne disent plus aux patients : « Vous n'êtes plus sous ma responsabilité. Je vous ai traité pour des troubles psychotiques depuis un mois et maintenant il incombe à quelqu'un d'autre de faire quelque chose. Voici un jeton de métro et au revoir. » Cela n'arrive plus comme dans le passé. On s'intéresse au sort des patients mais souvent il est difficile de trouver quelqu'un pour faire le suivi.

Mme Budden : Je crois que la collectivité doit offrir une plus grande aide aux membres des familles parce que ces gens sont souvent les seuls à venir en aide à une personne atteinte de maladie mentale. Cette aide doit comprendre des ressources humaines en matière de santé ainsi que d'autres ressources humaines mais également des formes de soutien pour aider les familles au sein de la collectivité. Plus on aidera les familles plus

family support are more likely to have a better prognosis, a better recovery and, therefore, they would not be hospitalized as much. We need to support our families in the community as part of the treatment team and not as a body outside the treatment team.

Dr. Kates: I think the concept of "hospital or community" is an anachronistic one. It belongs to an era of 50 years ago when people did live either in the community or the hospital. We have to view hospitals as community facilities; and hospitals have to see themselves as part of the community and they must make services more mobile, not limited to the walls of a facility. A hospital must be able to exist within a community, even though some of the services are delivered in non-traditional locations.

A simple example is hospital specialists, not just physicians, being able and willing to spend part of their time working in community settings as part of their hospital responsibility. We have to think about that division completely differently.

Dr. Garfinkel: To go back to your original question, we need transition funding to do this properly. You don't just close a hospital and say that you will build supportive housing over the next eight years. That will cause the same problem we had in the 1970s.

The Chairman: First, Dr. Kates, about 45 years ago New Brunswick got around this problem by coming up with a wonderful idea which they called the "extramural hospital." This was in the old days when the federal government paid 50 per cent of hospital costs. They effectively redefined "hospital" to include the homes of individuals who had been discharged from hospital because they wanted to provide home care. Maritimers are terrifically creative at figuring out to get around situations. It seems to me that the challenge will not be for policy-makers to think of the hospital as the community, it will be for the people in the hospital to think of themselves as part of the community. That raises one question in my mind.

In your report you mention the need to encourage GPs to move into the shared care model. This is just borne out of frustration. At some point will we be prepared to stop encouraging and to actually require? I have to tell you that, when I look at the OHA data in particular, I note the lack of progress at moving into shared care models and the huge resistance on the part of a significant number of the GP population to do this. However, I am cognizant of the fact that they are paid out of public funds and that the reality is that it is

on réduira le fardeau sur le système de soins de santé. Nos recherches nous apprennent que les malades qui ont le soutien de la famille ont le plus de chances d'avoir un meilleur pronostic, une meilleure récupération et, par conséquent, ils passeraient moins de temps en milieu hospitalier. Nous devrions concevoir les familles dans la collectivité comme faisant partie intégrante de l'équipe de traitement, et non pas comme une entité à l'extérieur de cette équipe.

Le Dr Kates : À mon avis, ce concept de soins offerts en milieu hospitalier par rapport au milieu communautaire est désuet. Ce terme remonte à 50 ans où les gens vivaient soit au sein de la collectivité ou à l'hôpital. Il faut considérer les hôpitaux comme des installations de la collectivité; et les hôpitaux doivent se considérer comme faisant partie intégrante de la collectivité en offrant des services plus mobiles, qui ne se limitent pas aux murs d'un établissement. L'hôpital doit pouvoir exister au sein d'une collectivité, même si parfois la prestation des services n'a pas lieu aux endroits traditionnels.

Un exemple simple, ce sont les spécialistes hospitaliers, et non pas seulement les médecins, qui, dans le cadre de leurs responsabilités hospitalières, sont prêts à consacrer une partie de leur journée de travail en milieu communautaire. Il faut envisager ce partage de responsabilités d'une façon complètement différente.

Le Dr Garfinkel : Pour revenir à votre question initiale, il nous faut du financement de transition pour procéder comme il faut. Il ne faut pas fermer un hôpital en disant qu'on va construire des logements avec services de soutien au cours des huit prochaines années. Nous allons nous retrouver avec le même problème que l'on a connu dans les années 70.

Le président : D'abord, monsieur Kates, il y a environ 45 ans, le Nouveau-Brunswick a contourné ce problème en créant quelque chose de génial : la notion « d'hôpital extra-mural ». C'était à l'époque où le gouvernement fédéral assumait 50 p. 100 des frais d'hôpital. En effet, la province a redéfini la notion « d'hôpital » pour y inclure les maisons des individus qui avaient quitté l'hôpital, parce que la province voulait fournir les soins à domicile. Les habitants des provinces maritimes ont beaucoup d'imagination lorsqu'il s'agit de contourner une situation. Il me semble que le défi ne consistera pas à encourager les décideurs de voir l'hôpital comme faisant partie intégrante de la communauté, il s'agira aux gens dans les hôpitaux de se voir comme des membres de la communauté. Cela soulève une question dans mon esprit.

Dans votre rapport, vous dites qu'il faut encourager les omnipraticiens à adopter ce modèle de soins partagés. Une certaine frustration existe. Serons-nous prêts, à un moment donné, à ne plus encourager mais plutôt à exiger? Je dois vous dire que lorsque j'examine les données de l'AHO en particulier, je note le manque de progrès en ce qui concerne l'adoption d'un modèle de soins partagés et une grande résistance de la part d'un bon nombre d'omnipraticiens à le faire. Cependant, je sais que leurs salaires sont payés à même les fonds publics et qu'en réalité,

both inefficient and ineffective, relatively speaking. At what point do those of us in government stop being nice and make this a requirement?

Dr. Kates: I am reminded of the comment of Yogi Berra, the Yankee manager, when asked what the secret of managing a baseball team was, and he said. "It's to keep those who hate you away from those who are undecided."

We need a two-part strategy. The first stage would be to work with those who have not yet made up their minds, and then to develop models that work and be able to demonstrate that this is an effective way of delivering care and that people who work in these models believe that this is a rewarding way of delivering care.

The Chairman: All of which I believe. I believe that, in a sense, real progress is being frustrated. As my wife would tell you, I do not have a lot of patience for that kind of thing. It does seem that at some point government will have to get substantially more assertive than it has been to date.

Dr. Garfinkel: We have made huge progress in education and having people appreciate what treatment will be useful and is required, but the funding mechanisms work entirely against it. I believe that primary care reform is our number one issue in Canada, and not just for the benefit of the mental health system. It is for all of us.

The Chairman: Senator Keon has been saying that.

Dr. Garfinkel: I will be long gone by the time we have primary care reform, so I would support a tougher stance.

The Chairman: We will take you up on your invitation to explain to us your information system which, as you described it, applies only to people in psychiatric beds. However, the reality is the vast majority of people receiving mental health care are not in those beds, they are in the community. You say that you will try to develop a similar type of database for those people.

Dr. Garfinkel: We have this system, and we are experimenting with it in a number of communities in Ontario. We have a modified version that can be used by the physician in his or her office. If the physician makes an inquiry, he will get information about his patient's needs, including housing and a whole range of items. It is not just mental health information. It is a very exciting model and I would be happy to spend some time explaining it to you.

The Chairman: We would like to understand that.

I would thank all of you for appearing before our committee today. We appreciate you taking the time to be here.

The committee adjourned.

cette situation est somme toute inefficace. À partir de quand allons-nous cesser d'être gentils et d'en faire une exigence?

Le Dr Kates : Cela me rappelle un commentaire de Yogi Berra, le gérant des Yankees, lorsqu'on lui a demandé le secret pour bien gérer une équipe de baseball, et il a dit qu'il s'agissait de garder les personnes qui vous détestent loin de celles qui sont indécises.

Nous avons besoin d'une stratégie à deux volets. Il faut commencer par travailler avec ceux qui n'ont pas encore pris de décision, et ensuite élaborer des modèles qui fonctionnent pour montrer que cette méthode de prestation de soins est efficace et que les personnes qui se servent de ces modèles croient que cette méthode de prestation de soins est valable.

Le président : Ce que nous croyons tous. Je crois que dans un sens, certains essaient d'empêcher le véritable progrès. Comme ma femme vous le dirait, je n'ai pas guère de patience pour ce genre de choses. Il me semble qu'à un moment donné, le gouvernement devra s'affirmer beaucoup plus qu'il ne le fait à l'heure actuelle.

Le Dr Garfinkel : Nous avons fait énormément de progrès en matière d'éducation et en faisant valoir quels traitements sont utiles et nécessaires, mais les mécanismes de financement vont en inverse. Je crois que la réforme du système de soins primaires est la question la plus importante au Canada, non pas exclusivement dans l'intérêt du système de santé mentale, mais dans notre intérêt à tous.

Le président : C'est ce que dit le sénateur Keon depuis un certain temps.

Le Dr Garfinkel : Je ne serai plus là depuis longtemps lorsqu'une réforme des soins primaires verra le jour, donc je suis en faveur d'une approche plus musclée.

Le président : Nous allons accepter votre invitation à nous expliquer votre système d'information qui, selon votre description, s'applique exclusivement aux personnes dans les unités psychiatriques. Cependant, en réalité, la vaste majorité des gens qui reçoivent des soins de santé mentale ne sont pas dans ces unités; elles sont au sein de la collectivité. Vous dites que vous allez essayer d'élaborer une base de données similaire pour ces personnes.

Le Dr Garfinkel : Nous avons ce système que nous mettons à l'essai dans un certain nombre de collectivités en Ontario. Il en existe une version modifiée dont un médecin peut se servir dans son cabinet. Si le médecin fait une demande, il obtiendra les renseignements à propos des besoins de son patient, y compris le logement et toute une série d'autres choses. Il ne s'agit pas juste de renseignements portant sur la santé mentale. C'est un modèle très prometteur et j'aimerais avoir le temps de vous l'expliquer.

Le président : Nous aimerions le comprendre.

Je vous remercie tous d'avoir comparu devant notre comité aujourd'hui. Nous vous savons gré du temps que vous nous avez consacré.

La séance est levée.

Schizophrenia Society of Canada:

Florence Budden, President-Elect.

Canadian Collaborative Mental Health Initiative:

Dr. Nick Kates, Chair.

Société canadienne de schizophrénie :

Florence Budden, présidente désignée.

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale :

Le Dr Nick Kates, président.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Hong Fook Mental Health Association:

Raymond Chung, Executive Director.

Across Boundaries, Ethnoracial Mental Health Centre:

Martha Ocampo, Co-director.

As an individual:

Raymond Cheng.

Canadian Mental Health Association (Toronto Branch):

Steve Lurie, Executive Director.

Victorian Order of Nurses (VON):

Gordon Milak, VON Middlesex-Elgin.

Canadian Association for Suicide Prevention:

Dr. Paul Links, President, Professor of Psychiatry, University of Toronto.

Ontario Hospital Association:

Dr. Paul Garfinkel, Chair, Working Committee on Mental Health.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Hong Fook Mental Health Association :

Raymond Chung, directeur exécutif.

Across Boundaries, Ethnoracial Mental Health Centre :

Martha Ocampo, codirectrice.

À titre personnel :

Raymond Cheng.

Association canadienne pour la santé mentale (bureau de Toronto) :

Steve Lurie, directeur exécutif.

Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (VON) :

Gordon Milak, VON Middlesex-Elgin.

Association canadienne pour la prévention du suicide :

Le Dr Paul Links, président, professeur de psychiatrie, Université de Toronto.

Association des hôpitaux de l'Ontario :

Le Dr Paul Garfinkel, président, Comité de travail sur la santé mentale.

(Suite à la page précédente)





First Session
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, February 23, 2005

Issue No. 8

Ninth meeting on:
Mental health and mental illness

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
trente-huitième législature, 2004-2005

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président :
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 23 février 2005

Fascicule n° 8

Neuvième réunion concernant :
La santé mentale et la maladie mentale

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C. (or Rompkey, P.C.)	Gill Johnson LeBreton
Callbeck	* Kinsella (or Stratton)
Cochrane	Pépin
Cook	Trenholme Counsell
Cordy	
Fairbairn, P.C.	

*Ex officio members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P. (ou Rompkey, C.P.)	Gill Johnson LeBreton
Callbeck	* Kinsella (ou Stratton)
Cochrane	Pépin
Cook	Trenholme Counsell
Cordy	
Fairbairn, C.P.	

* Membres d'office

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, February 23, 2005
(13)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 3:35 p.m., this day, in room 9 of the Victoria Building, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Gill, Kirby, Pépin and Trenholme Counsell (7).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division, Nicole Pogue, Intern.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:*Treasury Board Secretariat:*

Mr. Phil Charko, Assistant Secretary, Pension and Benefits Division.

Correctional Service Canada:

Dr. Françoise Bouchard, Director General, Health Services;

Dr. Michael Bettman, Acting Director General, Offender Programs and Reintegration.

Citizenship and Immigration Canada:

Dr. Sylvie Martin, Acting Director, Immigration Health Program Elaboration.

National Defence:

Brigadier-General Hilary F. Jaeger, Surgeon General;

Colonel D. R. Boddam.

Veterans Affairs Canada:

Brian Ferguson, Assistant Deputy Minister, Veteran Services Branch.

Phil Charko, Dr. Bouchard and Dr. Martin each made a statement. Together the witnesses answered questions.

Hilary F. Jaeger and Brian Ferguson each made a statement. Together the witnesses answered questions.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 23 février 2005
(13)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 35 dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Gill, Kirby, Pépin et Trenholme Counsell (7).

Aussi présents : Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit l'examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 des délibérations du comité du jeudi 14 octobre 2004.*)

TÉMOINS :*Secrétariat du Conseil du Trésor :*

M. Phil Charko, secrétaire adjoint, Division des avantages sociaux.

Service correctionnel Canada :

Mme Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé;

M. Michael Bettman, directeur général intérimaire, Programmes pour délinquants et réinsertion sociale.

Citoyenneté et Immigration Canada :

Dre Sylvie Martin, directrice intérimaire, Élaboration du programme de santé de l'immigration.

Défense nationale :

Le brigadier-général Hilary F. Jaeger, conseillère médicale;

Le colonel D. R. Boddam.

Anciens Combattants Canada :

Brian Ferguson, sous-ministre adjoint, Direction des services aux anciens combattants.

Phil Charko, les Drs Bouchard et Martin font chacun une déclaration. Ensemble, les témoins répondent aux questions.

Hilary F. Jaeger et Brian Ferguson font chacun une déclaration. Ensemble, les témoins répondent aux questions.

It was agreed that the following budget application for legislation be approved for submission to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration:

Summary of Expenditures:

Professional and Other Services	\$ 6,000
Transportation and Communications	\$ 0
All Other Expenditures	\$ 2,000
Total	\$ 8,000

It was agreed that the committee proceed to hire the services of Ascentum Incorporated, for the purpose of elaborating an electronic survey and a Communications Plan for the committee's study on Mental Health and Mental Illness.

At 6:01 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

Il est entendu que la demande de budget qui suit pour les mesures législatives est approuvée pour être soumise au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration.

Sommaire des dépenses :

Services professionnels et autres	6 000 \$
Transports et communications	0 \$
Autres dépenses	2 000 \$
Total	8 000 \$

Il est entendu que le comité retienne les services de Ascentum Incorporated aux fins d'élaboration d'un sondage électronique et d'un plan de communication pour l'étude que fait le comité sur la santé mentale et la maladie mentale.

À 18 h 1, il est convenu que le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, February 23, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 3:35 p.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, we are continuing our study on mental health and mental illness, and today we have two panels of government officials, the first panel being from Treasury Board, the Correctional Service and Citizenship and Immigration, and the second panel being from National Defence and Veterans Affairs. We will begin with short statements from each of you, and then we will ask you questions.

Mr. Phil Charko, Assistant Secretary, Pension and Benefits Division, Treasury Board Secretariat: I would like to begin by thanking the committee for inviting me to this session to provide comments on your study on mental health and mental illness and addiction. During this presentation, I will try to answer the committee's questions on the effectiveness of the federal government in accommodating individual employees with mental illness and addiction and what needs to be improved. I assure the committee members that this is an objective that I share with you.

I will start with a bit about our role as Treasury Board Secretariat. TBS oversees the government's financial, labour relations and administrative responsibilities. In a way, you could think of it as a general manager or employer of the federal public service. As such, we are responsible for the policies and programs that affect the mental health of employees. TBS shares those responsibilities with the new agency that was just recently created, the Public Service Human Resource Management Agency.

In my view, to be successful in the management of mental health issues in the federal public service, you need to focus on three domains: First, good human resource management; second, work place policies; third, how the government supports employees with mental illness and addiction problems.

Why is good human resource management important? If HR management is not properly organized and accountabilities are unclear, then the policies and programs that the employer puts in place will not be effective. Several years ago, the Auditor General pointed out that the way in which human resources are managed in the public service was not as effective as it could be. I am happy to say that the government has passed a new act, the Public Service Modernization Act, which is an ambitious agenda to foster excellence in people management. We are optimistic that

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 23 février 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit à 15 h 35 pour examiner la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Mesdames et messieurs, nous poursuivons notre étude de la santé mentale et de la maladie mentale et accueillons aujourd'hui deux groupes de fonctionnaires gouvernementaux. D'abord, le premier groupe sera composé des représentants du Secrétariat du Conseil du Trésor, du Service correctionnel du Canada et de Citoyenneté et Immigration Canada. Le deuxième groupe sera composé de représentants de la Défense nationale et des Anciens Combattants. Nous demanderons d'abord à chacun d'entre eux de faire une brève déclaration, après quoi nous pourrons leur poser des questions.

M. Phil Charko, secrétaire adjoint, Division des avantages sociaux, Secrétariat du Conseil du Trésor : Je remercie d'abord le comité de m'avoir invité à faire part de mes commentaires sur votre étude portant sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. Je tenterai aujourd'hui de répondre aux questions du comité sur l'efficacité du gouvernement fédéral en tant qu'employeur, lorsqu'il répond aux besoins des personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie et sur les améliorations à apporter. Il s'agit d'un objectif que nous partageons avec votre comité.

Je commencerai par vous parler brièvement du Secrétariat du Conseil du Trésor. Le Secrétariat du Conseil du Trésor surveille les responsabilités du gouvernement dans le domaine des finances, des relations de travail et de l'administration. À titre de gestionnaire général et d'employeur de la fonction publique fédérale, c'est lui qui établit les politiques et les programmes qui touchent la santé mentale de ses employés. Le Secrétariat du Conseil du Trésor partage ces responsabilités avec la nouvelle Agence récemment créée, l'Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique du Canada.

À mon sens, pour bien réussir la gestion des enjeux touchant la santé mentale dans la fonction publique fédérale, il faut considérer trois facteurs : d'abord, une saine gestion des ressources humaines; ensuite, de bonnes politiques d'aide en milieu de travail; et en troisième lieu, les programmes d'aide du gouvernement à l'égard des employés souffrant de troubles mentaux et de problèmes de toxicomanie.

Pourquoi la saine gestion des ressources humaines est-elle à ce point importante? Si la gestion des ressources humaines n'est pas bien organisée et que la hiérarchie de la reddition des comptes manque de clarté, les politiques et programmes de l'employeur ne seront pas efficaces. Il y a plusieurs années, le vérificateur général signalait que la gestion des ressources humaines dans la fonction publique laissait à désirer. Je suis heureux de vous dire que le projet ambitieux qu'est la Loi sur la modernisation de la fonction publique récemment adoptée par le gouvernement vise à favoriser

this new act will clarify responsibilities and, in particular, one of the key themes is to place more responsibility for HR management in the hands of deputy ministers and line managers. That will be critical for the management of mental illness in the public service.

It also includes requirements for more consultations with unions and measures to reduce conflict in the workplace. As well, it provides increased facilities or an emphasis on a common learning service. That will allow for better training of line managers in HR issues.

Although this modernization act was passed last year, you could ask how well are we doing with its implementation. I am happy to report that the Auditor General's report last week indicated that they felt this was a good foundation for managing HR reform. Deputy minister advisory committees have been created, and some of the institutional changes associated with the modernization act are being put in place. Although there is still a long way to go in terms of modernizing HR management in the public service, there are signs of cultural change. The fundamental challenge will be to ensure that deputy ministers and line managers take on ownership of HR issues, which will involve ownership of the mental health issues of their employees.

The second area of activity where success is required is appropriate employee assistance and workplace well-being policies. There are many programs in the federal government to address issues such as mental health and addiction problems and workplace well-being. We have a comprehensive set. They include things like flexible working arrangements, telework, job-sharing, mobility policies, child care. We have generous leave policies, anti-harassment, fitness, duty-to-accommodate policies, employment equity, pride and recognition, and policies with respect to the code on values and ethics.

Not only does the Treasury Board Secretariat and the Public Service Human Resources Management Agency, or PSHRMA, have these policies, we often have programs to assist in the implementation of policies. Therefore, we publish guidelines, best practices, and offer training to managers. To elaborate on how some of these policies can affect mental illness issues, for example the code of values and ethics, one of the areas deals with people values. If we have a workplace where individual differences are respected, we can do a lot to eliminate the stigma associated with mental illness, which is a problem in the public service. The

l'excellence dans la gestion des ressources humaines. Nous sommes sûrs que cette nouvelle loi précisera les responsabilités, puisque l'un de ses grands thèmes, c'est notamment de remettre entre les mains des sous-ministres et des gestionnaires hiérarchiques plus de responsabilités en matière de gestion des ressources humaines. À nos yeux, c'est un élément clé de la gestion de la maladie mentale dans la fonction publique.

La loi prévoit également une consultation accrue avec les syndicats ainsi que des mesures destinées à réduire les conflits en milieu de travail. La loi prévoit également la création d'un fournisseur de services d'apprentissage commun pour la fonction publique, ce qui devrait permettre de mieux former les gestionnaires hiérarchiques en matière de ressources humaines.

La Loi sur la modernisation a été adoptée l'année dernière, et vous vous demandez sans doute si sa mise en œuvre est couronnée de succès. Je suis heureux de signaler que, dans son rapport déposé la semaine dernière, la vérificatrice générale mentionnait que le gouvernement avait établi de bonnes bases en vue de la réforme de la gestion des ressources humaines. En effet, un comité consultatif de sous-ministres a été créé, et certains des changements institutionnels associés à la Loi sur la modernisation de la fonction publique sont actuellement en place. Même s'il y a encore beaucoup de chemin à faire pour moderniser la gestion des ressources humaines de la fonction publique, on peut d'ores et déjà parler de changement de culture. Le grand défi, ce sera de faire en sorte que les sous-ministres et les gestionnaires hiérarchiques s'approprient toutes les questions de ressources humaines, ce qui implique notamment s'approprier les questions de santé mentale de leurs employés.

Le deuxième facteur de réussite, ce sont des programmes d'aide appropriés aux employés et des politiques de mieux-être en milieu de travail. Il existe beaucoup de programmes au gouvernement fédéral destinés à résoudre les problèmes de santé mentale et de toxicomanie et destinés à favoriser le mieux-être en milieu de travail. Nous avons toute une gamme d'activités qui inclue, notamment, le régime de travail souple, le télétravail, le partage des postes, les politiques de mobilité, ainsi que les soins aux enfants. Nos politiques sont généreuses, qu'il s'agisse de politiques de congé, de lutte contre le harcèlement, de programmes de conditionnement physique au travail, de politiques relatives à l'obligation de prendre des mesures d'adaptation, de l'équité en matière d'emploi, les programmes de fierté et de reconnaissance, et des politiques en ce qui concerne le code des valeurs et d'éthique.

Non seulement le Secrétariat du Conseil du Trésor et l'Agence de gestion des ressources humaines de la fonction publique du Canada ont des politiques en ce sens, mais ils ont également des programmes destinés à aider à la mise en œuvre des politiques. En effet, nous publions des lignes directrices, les pratiques exemplaires, et nous offrons de la formation aux gestionnaires. Pour illustrer la façon dont certaines de ces politiques touchent les questions de maladie mentale, je prendrai le code des valeurs et d'éthique dont l'une des parties traite de la dimension humaine. En effet, dans un milieu de travail respectueux les différences

Duxbury-Higgins study several years ago noted that the public service has one of the best sets of workplace well-being policies of all employers.

I would like to talk about the employee assistance program, which is mandatory in all government departments. It provides for short-term, confidential counselling. It is paid for by the department and allows for counselling of employees with all kinds of problems, not just mental health, without prejudice to job security or career. That is an important element in our suite of policies.

One can ask, how well are we doing? We have been offering regular public service surveys of all public servants. We had them in 1999 and 2000. In the 1999 survey of public servants, a number of problems were found, but since then, the second survey in 2002 indicated improvement in areas of, for example, employees being better recognized by supervisors, and a greater sense of team work in the public service than in the 1999 period. Those are elements which indicate a reduction in stress in the workplace.

The committee of deputy ministers made some recommendations in 2002 to encourage departments to address workload, imbalances in the workplace and other workplace management issues that had been identified. As an indicator of some progress, Statistics Canada was awarded a Healthy Workplace Award from the National Quality Institute, an award which is difficult to obtain.

The government is continuing to examine its policies in terms of mental health. Michael Wilson has been appointed special adviser to the Minister of Health to assess mental health issues in the public service, and his report is due at the end of the year. There are some indications that our suite of policies does make coherent sense.

If you have managers that are focused on HR issues and well trained, that is one success factor. If you have a suite of workplace policies that deal with leave and duty to accommodate employees with mental health problems, that is another success factor. The third deals with your insurance programs when, in fact, the employee finds himself in difficulty.

I would like to talk about the disability program, disability insurance, the health benefits and the pension plans. We have the largest group benefit plans in Canada. As the largest employer in Canada, these are large programs. We are probably the largest customer for most big insurance companies, such as Sun Life, Great West Life and Manulife.

In terms of the health plan, we have over 1 million people in the plan, about 500,000 plan members and another 500,000 dependents. It covers pensioners as well. In fact,

individuelles, il est souvent possible d'éliminer le stigmate social rattaché à la maladie mentale, qui est un problème dans la fonction publique. L'étude Duxbury-Higgins, il y a plusieurs années, reconnaissait que les politiques sur le mieux-être en milieu de travail dans la fonction publique fédérale comptaient parmi les meilleures.

Passons maintenant au programme d'aide aux employés, obligatoire dans tous les ministères. Le programme PAE offre du counselling confidentiel à court terme payé par le ministère, qui permet d'aider les employés aux prises avec toutes sortes de problèmes, et pas seulement des problèmes de santé mentale, sans que cela nuise à leur sécurité d'emploi ou à leur carrière. Le programme PAE est un élément important de notre trousse de politiques.

Mais des progrès ont-il été réalisés? Nous sondons régulièrement nos fonctionnaires. Des sondages ont été menés en 1999 et en l'an 2000. Plusieurs problèmes ont été signalés lors du sondage de 1999, mais depuis, le deuxième sondage de 2002 signalait des améliorations dans plusieurs secteurs : Les employés sont mieux reconnus par leurs surveillants, et un sentiment accru de travail d'équipe dans la fonction publique se dégage par rapport à 1999. Voilà des éléments qui semblent traduire une diminution du stress en milieu de travail.

Le comité des sous-ministres a formulé des recommandations en 2002 pour encourager le ministère à se pencher sur les problèmes de charge de travail, de déséquilibre en milieu de travail et sur d'autres problèmes de gestion du milieu de travail qui avaient été signalés. Mais signe de progrès, Statistique Canada obtenait le prestigieux prix favorisant un milieu de travail sain, prix difficile à obtenir, décerné par l'Institut national de la qualité.

Le gouvernement continue à scruter ses propres politiques sur la santé mentale. Michael Wilson a d'ailleurs été nommé conseiller spécial auprès du ministre de la Santé en vue d'évaluer l'approche du gouvernement à l'égard de la santé mentale dans le milieu de travail; M. Wilson est censé déposer un rapport à la fin de l'année, et tout semble indiquer que notre éventail de politiques donne des résultats.

Autres facteurs de réussite? Des gestionnaires bien formés qui s'intéressent aux questions des ressources humaines. La gamme de politiques en milieu de travail portant sur les congés et l'obligation de prendre des mesures d'adaptation pour aider les employés aux prises avec des problèmes de santé mentale sont un autre gage de réussite. J'ai aussi parlé, comme troisième élément, des programmes d'assurance destinés à aider l'employé en difficulté.

J'aimerais maintenant aborder nos programmes d'invalidité, à savoir l'assurance-invalidité, les prestations de santé et les régimes de pension. À titre de plus grand employeur canadien, le gouvernement fédéral a des régimes d'avantages sociaux collectifs parmi les plus ambitieux. Nous sommes sans doute le client le plus important de la plupart des grandes compagnies d'assurance que sont la Sun Life, la Great West et Manuvie.

Notre régime de soins de santé couvre plus de un million de gens, c'est-à-dire que nous avons quelques 500 000 adhérents au régime et 500 000 personnes à charge. Ce régime s'adresse

45 per cent of people in our health plan are pensioners. Our department oversees the disability, life insurance and dental plans as well.

I would like to give a few statistics on mental disorders. With respect to the health plan, \$64 million was spent on prescribed drugs and \$10 million for psychologist services. With respect to our long-term disability program, in terms of our statistics, in 2003, 44 per cent of our new long-term disability cases were for depression and anxiety. That is a fairly high number. However, we have a fairly high rate of recovery and return to work. Approximately 70 per cent of people who go on LTD do come back to work.

To elaborate on the approach to coming back to work, we have a flexible approach whereby individuals can come back temporarily in a less demanding job, or can come back on reduced hours. If they are coming back on reduced hours, the DI benefit is continued to the point where they are back to their main income. With respect to pensions, if at the end of the day the individual is unable to come back, the Federal Public Service Pension Plan does offer a disability pension. The pension benefit, plus the DI, will guarantee 70 per cent of the income up to age 65.

We think we have good coverage on our basic insurance programs. I would say that we do not have a recent assessment of the effectiveness of these programs and we have initiated a renewal initiative where we will examine the effectiveness of these programs. We will ask ourselves: Do they meet all of the needs of the various stakeholders, and are they well integrated with policies in the departments? As part of that study, we will be looking at industry best practices and ensuring that we have the best that we can. We hope to learn more from some of the major insurance companies in terms of the management of these issues. As part of this review, we will be discussing these questions with the bargaining agents.

In terms of what the public service needs to do to improve and to lead by example, we need to continue with the cultural change in management of HR. We need to be innovative in addressing mental illness and addiction through our suite of policies and programs, and we need to more formally assess our disability management program.

Although many challenges remain, I have tried to give you a sense of where the federal government is going as the employer. I want to thank you for the opportunity to make these comments and wish the committee good luck.

Dr. Françoise Bouchard, Director General, Health Services, Correctional Service Canada: I spoke to the committee last May regarding the issues facing mentally disordered offenders. I want to express how pleased Correctional Service Canada

également à nos retraités, puisque 45 p. 100 de ceux qui sont couverts sont des retraités. Notre ministère s'occupe également des prestations d'invalidité, de l'assurance-vie ainsi que des régimes de soins dentaires.

Laissez-moi vous donner quelques chiffres qui touchent les maladies mentales. En vertu du régime de soins de santé, un montant de 65 millions de dollars a été dépensé pour les médicaments sur ordonnance et 10 millions de dollars pour des services de psychologie. En vertu de notre régime d'invalidité à long terme, en 2003, 44 p. 100 de nos cas d'invalidité à long terme représentaient des maladies liées à la dépression et à l'anxiété, ce qui est assez imposant. Toutefois, nous sommes heureux de signaler qu'environ 70 p. 100 de nos employés qui profitaient d'un régime d'assurance-invalidité à long terme se sont rétablis et sont retournés au travail.

Pour ce qui est du retour au travail, nous sommes assez souples : on peut revenir au travail en occupant temporairement un emploi moins exigeant, ou revenir à une semaine de travail aux heures réduites. Si on opte pour les heures réduites, l'assurance-invalidité est maintenue jusqu'au point du retour au niveau du revenu principal. Quant aux pensions, s'il se trouve que la personne est incapable de revenir au travail, c'est le régime de pension de la fonction publique des employés fédéraux qui verse alors une prestation d'invalidité. La prestation d'invalidité à laquelle s'ajoute l'assurance-invalidité garantiront à l'intéressé 70 p. 100 de son revenu jusqu'à l'âge de 65 ans.

Nous pensons que nos programmes d'assurance de base offrent une bonne couverture. Toutefois, comme nous n'avons pas évalué récemment l'efficacité des programmes, nous avons lancé une initiative en vue d'en évaluer la pertinence. Nous nous demandons d'abord s'ils répondent à tous les besoins des divers intéressés et s'ils sont bien intégrés aux politiques ministérielles. Dans le cadre de notre étude, nous regarderons également quelles sont les pratiques exemplaires dans l'industrie, pour faire en sorte que nous ayons nous-mêmes les meilleures qui soient. Nous espérons tirer des leçons de ce que font les grandes compagnies d'assurance en matière de gestion de ce type de problèmes. Nous allons également discuter de ces enjeux avec les agents de négociation.

Quant à savoir ce que la fonction publique doit faire pour améliorer la situation et pour donner l'exemple, je suis d'avis que nous devons continuer à favoriser le changement de culture dans la gestion des ressources humaines. Nous devons faire preuve d'innovation dans nos politiques et programmes touchant la santé mentale et la toxicomanie, et nous devons aussi évaluer de façon plus officielle notre programme de gestion des invalidités.

Il reste beaucoup de défis à relever, mais j'ai voulu vous donner une idée de l'orientation qu'a prise le gouvernement fédéral à titre d'employeur. Merci de m'avoir permis de vous adresser la parole, et bonne chance au comité.

Mme Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé, Service correctionnel Canada : Je me suis adressée au comité en mai dernier relativement aux problèmes auxquels étaient confrontés les délinquants atteints de troubles mentaux. Je veux

was to have the issues affecting inmates reflected in the committee's report.

I want to begin by discussing CSC's role with respect to the provision of mental health services to federal offenders. Correctional Service Canada is responsible for administering the sentences of two or more years imposed by the courts. We are responsible for approximately 12,000 incarcerated offenders and another 8,000 living in the community on some form of release. Eventually, almost all offenders return to the community. CSC has a direct role in the provision of mental health services to offenders. Our legislative mandate, the Corrections and Conditional Release Act, require that we provide every inmate with essential health care and reasonable access to non-essential mental health care that will contribute to the inmate's rehabilitation and successful reintegration into the community. We must remember that mental health needs extend beyond the sentence.

A high percentage of these offenders have mental health problems, and this is a growing challenge. Twelve per cent suffer from a serious mental disorder which requires immediate intervention. The percentage of offenders with the diagnosis of mental disorder on admission has risen 61 per cent in seven years, and during the same period the number of offenders on prescribed medication has increased by 80 per cent.

Your report refers to the issue of treatment for individuals with dual diagnosis, such as drug, substance abuse and mental health problems, and to the issue of suicide. This is relevant for CSC where almost half of those with substance abuse problems also have an additional disorder. The rate of suicide is also higher than in the general population. We would welcome a discussion on these issues that leads to a comprehensive, integrated framework which involves all criminal justice and community-based service providers. The mental health problems of federal offenders are numerous, complex and longstanding. How well we provide mental health interventions to offenders has a direct impact on the success of their release into the community and therefore, ultimately, the safety of the public.

Although CSC has some psychologists providing direct care to offenders in regular institutions, and five treatment centres for those with more serious mental health problems, we are faced with challenges in our attempts to provide mental health care. As a result, we recently completed a review of our mental health services. In order to develop a comprehensive continuum of mental health care, we have identified four key areas where strategic investment needs to occur and where we must focus our efforts.

préciser que Service correctionnel Canada était ravi que les questions touchant les détenus soient si bien représentées dans le rapport du comité.

Je désire d'abord discuter du rôle du SCC en matière de prestation de services de santé mentale aux délinquants sous responsabilité fédérale. Il revient au SCC d'administrer les peines de deux ans ou plus qui ont été imposées par les tribunaux. Par conséquent, nous sommes responsables d'environ 12 000 détenus et de 8 000 délinquants vivant dans la collectivité dans le cadre d'une mise en liberté, quelle qu'elle soit. Or, presque tous les délinquants retournent tôt ou tard dans la collectivité. Le SCC joue un rôle de premier plan dans la prestation des services de santé mentale aux délinquants. Selon notre mandat, qui est prévu dans la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, nous devons fournir à chacun des détenus des soins de santé essentiels et un accès raisonnable à des soins de santé mentale non essentiels qui contribueront à la réadaptation du détenu et à la réussite de sa réinsertion dans la collectivité. Et nous devons aussi nous souvenir que les besoins en matière de santé mentale continuent de se faire sentir une fois la peine terminée.

Un pourcentage élevé de délinquants sont aux prises avec des problèmes de santé mentale, et c'est là une difficulté grandissante pour l'organisation. Douze pour cent sont atteints de troubles mentaux graves qui nécessitent une intervention immédiate. Le pourcentage des délinquants chez qui on a diagnostiqué un trouble mental au moment de leur admission a augmenté de 61 p. 100 en sept ans. De plus, au cours de cette même période, le nombre de délinquants qui prennent des médicaments sur ordonnance a augmenté de 80 p. 100.

Votre rapport traite du problème relatif au traitement des personnes ayant un diagnostic mixte, notamment des problèmes de toxicomanie et de santé mentale, ainsi que du problème de suicide. Ce problème touche particulièrement le SCC, près de la moitié des délinquants qui ont des problèmes de toxicomanie souffrant aussi d'un autre trouble. Le taux de suicide est également plus élevé au sein de la population carcérale qu'au sein du grand public. Nous souhaiterions qu'une discussion portant sur ces problèmes soit organisée de façon à ce que puissent être créé ensuite un cadre de travail complet et intégré qui mettrait à contribution tous les intervenants du système de justice pénale et les fournisseurs de services dans la collectivité. Les problèmes de santé mentale des délinquants sous responsabilité fédérale sont nombreux, complexes et durables. La façon dont nous intervenons auprès de ces délinquants a une incidence directe sur leur réinsertion sociale, et par conséquent, sur la sécurité du public.

Bien que le SCC dispose d'un certain nombre de psychologues qui offrent directement des soins aux délinquants dans les établissements ordinaires et dans cinq centres de traitement pour les délinquants atteints de troubles mentaux plus graves, nous nous heurtons à plusieurs obstacles. En conséquence, nous avons mené récemment une étude sur nos services de santé mentale. Afin d'offrir un éventail complet de soins de santé mentale, nous avons ciblé quatre secteurs clés sur lesquels nous devons nous attarder et qui nécessitent une stratégie d'investissement.

The first area is the need for a full mental health assessment of offenders at the time of their arrival. This will allow for the establishment of appropriate treatment plans, improved placement of offenders into the most appropriate facilities, and better data on offenders' needs to assist in future planning.

The second area is ensuring that our five regional treatment centres function at a consistent level with regard to their status as hospital facilities, accreditation, the number and types of staff, the admission criteria and the type of security required. This also includes identifying the clientele for which treatment interventions should be developed and made available: for example, those suffering from FASD problems and personality disorders diagnoses.

The third area addresses the provision of mental health services in our regular institutions, as well as the establishment of intermediate-care mental health units in some institutions. These units will provide a level of accommodation and services to those who do not necessarily need a hospital bed, but who need more structure and support.

The last area is the need for a community mental health strategy that will ensure continuity of care for these offenders when they are released. This would include the development and implementation of specialized services and supports to address employment, accommodation and mental health needs of offenders with a view to enhancing their chances for safe and successful release into the community.

We are now in the process of quantifying the additional resources needed to implement the system of care. Clearly, we cannot realize this plan without additional capacity being allocated to us. A population health approach will help in bringing together the stakeholders who have a role to play. In the case of offenders with mental health problems, this approach shall be taken as an integrated initiative involving all jurisdictions and communities. It is important to remember that existing community-based mental health resources will be more taxed if we do not take an overall integrated approach. We also need to link with the police, judiciary, provincial correctional and health partners to make this plan more effective.

CSC is one part of the puzzle in the area of management of offenders with mental health problems. Given that the number of mentally disordered offenders is relatively small, especially when it comes to community supports and services, partnerships with our provincial correctional and health partners will be critical.

While CSC deals with offenders once they have been sentenced, we believe that action needs to be taken to try to reduce the burden of criminalization of individuals with mental health problems by enhancing community-based services and supports.

Effectuer une évaluation exhaustive de la santé mentale des délinquants au moment de leur admission constitue le premier secteur ciblé. Cette évaluation permettra d'établir des plans de traitement appropriés, de placer les délinquants dans les établissements les plus adéquats et de recueillir des données plus précises sur les besoins des délinquants pour faciliter la planification.

Deuxièmement, il faut veiller à ce que nos cinq centres régionaux de traitement satisfassent aux exigences relatives à leur statut d'établissement hospitalier, à l'agrément, au nombre et au type d'employés, aux critères d'admission et au type de sécurité requis. Il faut également cibler la clientèle qui nécessite des traitements particuliers, notamment les délinquants souffrant de TSAF et de troubles de la personnalité.

Quant au troisième secteur, il s'agit de dispenser des services de santé mentale dans nos établissements ordinaires et de mettre sur pied des unités de santé mentale offrant des soins intermédiaires dans certains établissements. Ces unités hébergeraient les détenus qui n'ont pas nécessairement besoin d'être hospitalisés, mais qui requièrent un encadrement plus rigoureux et un soutien plus ferme.

En dernier lieu, il faut mettre en œuvre une stratégie de santé mentale dans la collectivité pour continuer à dispenser des soins aux délinquants une fois qu'ils retourneront dans la collectivité. En effet, il faut mettre sur pied des services spécialisés et des services de soutien pour répondre aux besoins des délinquants en matière d'emploi, de logement et de santé mentale pour faciliter leur réinsertion sociale sans risque.

À l'heure actuelle, nous calculons les ressources supplémentaires qui sont nécessaires à la mise en œuvre du système de soins. Il est évident que nous ne sommes pas en mesure de réaliser pleinement ce projet sans ressources supplémentaires. Une conception de la santé axée sur la population permettrait de réunir tous les intervenants qui ont un rôle à jouer. Dans le cas des délinquants atteints de troubles mentaux, cette approche devrait prendre la forme d'une initiative mettant à contribution toutes les administrations et les collectivités. Rappelons que les ressources en matière de santé mentale qui sont actuellement en place dans la collectivité risquent d'être encore plus éprouvées si nous n'adoptons une approche globale et intégrée. Nous devons également tisser des liens avec la police, les intervenants du système judiciaire et nos partenaires provinciaux dans le domaine correctionnel et de la santé pour accroître l'efficacité du projet.

Le SCC joue un rôle important en ce qui a trait à la gestion des délinquants souffrant de problèmes de santé mentale. Étant donné que le nombre de délinquants souffrant de troubles mentaux est relativement faible, les relations avec nos partenaires provinciaux dans le domaine correctionnel et de la santé sont essentielles, surtout en ce qui concerne le soutien et les services communautaires.

Bien que le SCC prenne en charge les délinquants une fois qu'ils ont été condamnés à une peine d'emprisonnement, nous sommes d'avis qu'il faut également prendre des mesures pour réduire les charges de criminalisation des personnes ayant des

Innovative approaches such as courts equipped to identify mental health issues and develop options to address these needs should be further explored. I want to point out that we need to work closer with First Nations, Metis and Inuit communities and service providers to address the mental health needs of Aboriginal offenders. This is a growing issue that we cannot ignore.

We welcome suggestions about a comprehensive and integrated framework for standards of service delivery for offenders with mental health problems. This will help to identify appropriate benchmarks for these services and will bring a health focus to the delivery of health services within a correctional setting.

In conclusion, we welcome a comprehensive and integrated approach to this issue.

[Translation]

Dr. Sylvie Martin, Acting Director, Immigration Health Program Elaboration, Citizenship and Immigration Canada: Honourable senators, it is a pleasure to be with you today to present to you the role of Citizenship and Immigration Canada with respect to mental health. Under its mandate, Citizenship and Immigration Canada is not a department that plays a major role in the delivery of mental health services. Under the Immigration and Refugee Protection Act and its regulations, the department admits temporary resident and immigrants who contribute to the economic and social growth of Canada, it provides resettlement, protection and a safe haven to refugees, it assists newcomers to adapt to Canadian society and eventually obtain citizenship, and it manages access to Canada in order to protect the security and health of Canadians as well as the integrity of Canadian laws.

If mental health is defined as each person's ability to experience, reflect and act in such a way as to obtain the greatest enjoyment from life and to cope with different challenges, it can be said that Citizenship and Immigration Canada is responsible for a number of initiatives that are either directly or indirectly linked to mental health.

Several of our programs are aimed at facilitating and improving the social, cultural and economic integration of newcomers, thus reducing the stress involved in settling in a new country for the benefit of such newcomers.

These different programs provide information relating to existing resources and facilitate the access to such services.

problèmes de santé mentale, notamment en améliorant le soutien et les services communautaires. Il faudrait donc explorer des idées novatrices comme la mise en place de tribunaux capables de déceler les problèmes de santé mentale et d'offrir des solutions pouvant répondre aux besoins des personnes qui présentent ces problèmes. Je tiens également à souligner que nous devons collaborer beaucoup plus étroitement avec les collectivités des Premières nations, des Métis et des Inuits, de même qu'avec leurs fournisseurs de services, afin d'être en mesure de répondre aux besoins des délinquants autochtones en matière de santé mentale. Il s'agit là d'une préoccupation qui revêt de plus en plus d'importance et dont il faut absolument s'occuper.

Nous accueillons les suggestions en vue d'un cadre de travail complet et intégré portant sur les normes de prestation de services aux délinquants atteints de troubles mentaux. Cette initiative permettra de cibler des points de repère adéquats pour ces services et de se concentrer sur la prestation de services de santé au sein d'un milieu correctionnel.

En conclusion, nous souhaitons adopter une approche complète et intégrée en ce qui concerne ce problème.

[Français]

Dre Sylvie Martin, directrice intérimaire, Élaboration du programme de santé de l'immigration, Citoyenneté et Immigration Canada : Honorables sénateurs, c'est un plaisir d'être parmi vous aujourd'hui pour vous présenter le rôle de Citoyenneté et Immigration Canada quant à la santé mentale. De par son mandat, Citoyenneté et Immigration Canada n'est pas un ministère qui a un rôle majeur dans la prestation de services en santé mentale. Selon la Loi de l'Immigration et de la protection des réfugiés et sa réglementation, le ministère admet des immigrants et des résidents temporaires qui contribuent à la croissance du Canada sur le plan économique et social, réinstalle, protège et offre un asile aux réfugiés, aide les nouveaux arrivants à s'adapter à la société canadienne et, éventuellement, à acquérir la citoyenneté et gère l'accès au Canada, de manière à protéger la sécurité et la santé des Canadiens et des Canadiennes, ainsi que l'intégrité des lois canadiennes.

Si la santé mentale se définit par la capacité de chaque personne de ressentir les choses, de réfléchir et d'agir de manière à mieux jouir de la vie, à mieux faire face aux défis, on peut dire que Citoyenneté et Immigration Canada est responsable de plusieurs initiatives, directement ou indirectement liées à la santé mentale.

Plusieurs de nos programmes visent à faciliter et à améliorer l'intégration sociale, culturelle, économique des nouveaux arrivants, diminuant ainsi le stress lié à l'établissement dans un nouveau pays, ceci dans l'intérêt et le bien-être de ses nouveaux arrivants.

Ces différents programmes visent à fournir de l'information concernant les ressources existantes et à faciliter l'accès à ces services.

Citizenship and Immigration Canada is also responsible for the federal interim health program providing essential and emergency medical services, including certain mental health services for specific groups, particularly people who are applying for refugee status and refugees.

Citizenship and Immigration Canada also funds various initiatives and research projects relating to mental health. I would like to present some of these to you in greater detail.

[English]

The Government offers Health Services to a specific population of immigrants, since the Order-in-Council of 1957. The current program, the Interim Federal Health Program, was launched in 1995 and it offers health services to migrants, currently refugee claimants, refugees, detainees in immigration detention centres and failed refugees still in Canada who are unable to pay for their health care services. It covers essential and emergency medical services, including mental health services such as consultation with physician, hospitalization and essential medication. The overall budget for this program was \$52 million in 2002-2003, with 97,000 users and 700,000 claims.

CIC provides also a range of integration and resettlement programs to newcomers in Canada. The Immigrant Settlement and Adaptation Program funds service provider organizations to deliver direct essential services to newcomers. These service provider organizations will assist the clients to access appropriate help, including health care services, and will refer newcomers to resources in the community. We also have the Host Program. CIC funds the recruitment training, matching and coordination of volunteers that will help newcomers with the adjustment to life in Canada that includes helping newcomers to deal with educational and health issues and to inform and facilitate access to available services. The Resettlement Assistance Program provides income support and a range of immediate services for government assisted refugee. In 2003 we had 7,500 government-assisted refugees landed in Canada, and from those about 400 to 500 had special needs, including mental health needs.

For those with special needs, in addition to income support, the department endeavours to find private sponsors who will provide emotional and moral support, including ensuring that the refugee has access to services required. Citizenship and Immigration Canada also funds the Canadian Centre for Victims of Torture and a program for newcomers who have experienced war, violence and post-traumatic stress. The centre provides some

Citoyenneté et Immigration Canada est aussi responsable du programme fédéral de santé intérimaire, couvrant les services médicaux essentiels et d'urgence, incluant certains services requis en santé mentale pour des groupes spécifiques, principalement les demandeurs de statut de réfugié et les réfugiés.

Citoyenneté et Immigration Canada finance aussi plusieurs initiatives et projets de recherche liés à la santé mentale. Permettez-moi de vous présenter quelques-uns de ces programmes un peu plus en détail.

[Traduction]

Depuis le décret de 1957, le gouvernement offre des services de santé à certains immigrants en particulier. Le programme actuellement en vigueur, le Programme fédéral de santé intérimaire, a été lancé en 1995; il assure des services de santé aux migrants, population qui englobe actuellement les demandeurs du statut de réfugié, les réfugiés, les détenus dans les centres de détention de l'immigration et les demandeurs déboutés encore présents au Canada qui sont incapables de payer les soins de santé dont ils ont besoin. Les soins visés comprennent les services médicaux essentiels et d'urgence, notamment les services de santé mentale, comme les visites chez le médecin, l'hospitalisation et les médicaments essentiels. Les sommes déboursées pour le programme se sont chiffrées à 52 millions de dollars en 2002-2003, tandis que le nombre d'utilisateurs s'élevait à 97 000 et le nombre de demandes à 700 000.

CIC offre également aux nouveaux arrivants au Canada toute une gamme de programmes d'intégration et d'établissement. Le programme d'établissement et d'adaptation des immigrants accorde des fonds aux fournisseurs de services pour la prestation de services directs essentiels aux nouveaux arrivants. Les fournisseurs de services aident notamment les clients à accéder aux services dont ils ont besoin, y compris aux soins de santé, et les dirigent vers les ressources offertes dans la collectivité. Il convient aussi de souligner l'existence du Programme d'accueil, en vertu duquel CIC finance le recrutement, la formation, l'appariement et la coordination des bénévoles qui sont appelés à aider les nouveaux arrivants à s'adapter à la vie au Canada, notamment à les aider à s'y retrouver en matière d'éducation et de santé et à leur faire connaître les services qui sont offerts et la façon dont ils doivent s'y prendre pour y avoir accès. Le Programme d'aide au rétablissement assure aux réfugiés parrainés par le gouvernement un certain soutien du revenu de même qu'un éventail de services immédiats. En 2003, le Canada a accueilli 750 000 réfugiés parrainés par le gouvernement, dont 400 ou 500 environ avaient des besoins spéciaux, notamment des besoins concernant la santé mentale.

Dans le cas des réfugiés ayant des besoins spéciaux, le ministère cherche également à leur trouver parmi la population des parrains qui peuvent les soutenir sur le plan affectif et moral, et qui veillent notamment à ce que les réfugiés aient accès aux services dont ils ont besoin. Citoyenneté et Immigration Canada finance aussi le Centre canadien pour Victimes de torture de même qu'un programme destiné aux nouveaux arrivants qui ont connu la

services and is a link between survivors and a network of professionals in the community, including lawyers, physicians, social workers and all the required services by these persons.

Citizenship and Immigration Canada is also involved in different projects and research related to mental health. It funds projects to complement or improve the delivery of settlement services. Some of these initiatives will address mental health issues, such as post-traumatic stress, alcoholism, anxiety, addiction, depression and drug addiction.

CIC, Citizenship and Immigration Canada, is one of the federal departments and agencies that support the Metropolis project launched in 1996. The goal is to improve policies for aging migration diversity in major cities through enhancing academic research capacity, plus research for critical issues and in developing ways to facilitate the use of research in decision making. Migration and mental health issues have been addressed through Metropolis.

[Translation]

Citizenship and Immigration Canada is involved in various partnership arrangements at different levels, namely federal, provincial, territorial and interdepartmental. For example, the task force on immigration settlement is a forum where multilateral issues relating to settlement and integration are identified and discussed.

Recently we also undertook a joint initiative with Citizenship and Immigration Canada and the Canada Public Health Agency on the health of immigrants. This initiative and the task force on the health of immigrants identified the present challenges in public health resulting from immigration to Canada. There was also discussion about the importance of cultural diversity and the management of health care, including mental health, and the importance and the need for training focusing on cultural diversity was emphasized in the context of health care, as well as the importance of including immigrants in health research.

Citizenship and Immigration Canada is also responsible for various linguistic programs. These programs facilitate integration into Canadian society and adaptation at all levels.

Although the initiative is an interdepartmental one, we are also responsible for a website known as "Coming to Canada." This site provides a good deal of very useful information relating to the various community and government services available in Canada, including health and social services.

In view of our mandate, we are not a department that plays a major role in the provision of mental health care. However we are involved in research, in education and the promotion of mental health issues. We fund various initiatives relating to mental

guerre, la violence ou le stress post-traumatique. Le centre offre certains services et assure la liaison entre les survivants et un réseau de professionnels locaux, y compris des avocats, des médecins, des travailleurs sociaux et des représentants de toutes les autres professions offrant des services dont ces personnes auraient besoin.

Citoyenneté et Immigration Canada participe également à divers projets et travaux de recherche relatifs à la santé mentale. Le ministère finance des projets visant à compléter ou à améliorer la prestation de services d'établissement. Certains de ces projets visent des problèmes de santé mentale, comme le stress post-traumatique, l'alcoolisme, l'anxiété, la dépendance, la dépression et la toxicomanie.

Citoyenneté et Immigration Canada est l'un des ministères et organismes fédéraux qui appuient le projet Metropolis lancé en 1996. L'objet est d'améliorer les politiques publiques sur la gestion des migrations et la diversité culturelle dans les grandes villes en améliorant la capacité de recherche des universités, en concentrant la recherche sur les questions cruciales et en trouvant les moyens d'utiliser la recherche avec efficacité dans la prise de décisions. Les questions relatives aux migrations et à la santé mentale sont donc examinées dans le cadre du projet Metropolis.

[Français]

Citoyenneté et Immigration Canada offre différents partenariats à différents niveaux, soit fédéral, provincial, territorial et interministériels. Par exemple, le groupe de travail sur l'établissement à l'intégration est un forum au sein duquel on identifie et on discute des questions de nature multilatérale liées à l'établissement et à l'intégration.

Récemment, nous avons aussi eu une initiative conjointe entre Citoyenneté et Immigration Canada et l'Agence de santé publique du Canada sur la santé d'immigrants. Cette initiative et ce groupe de travail sur la santé d'immigrants a identifié les défis actuels en santé publique et en santé des populations, résultant de l'immigration au Canada. On a aussi discuté de l'importance de la diversité culturelle en gestion de soins de santé, incluant la santé mentale, et on a souligné l'importance et le besoin de formation axés sur la diversité culturelle, dans le contexte des soins de santé et aussi l'importance d'inclure les migrants dans les différentes recherches sur la santé.

Citoyenneté et Immigration Canada est aussi responsable de plusieurs programmes linguistiques. Ces programmes linguistiques facilitent l'intégration au niveau de la société canadienne et facilite l'adaptation à tous les niveaux.

On est aussi responsable, mais cette initiative est une initiative interministérielle, d'un site web qui s'intitule : « Se rendre au Canada ». Ce site fournit plusieurs informations très utiles sur les multiples services communautaires et gouvernementaux existant au Canada et incluant les services de santé et les services sociaux.

Étant donné notre mandat, nous ne sommes pas un ministère qui a un rôle majeur dans la prestation de services en santé mentale. Nous sommes toutefois impliqués en recherche, en éducation, en promotion des questions liées à la santé mentale.

health. By facilitating and improving the overall integration of newcomers to Canadian society, we make a contribution to the welfare of such newcomers and to their mental health.

Citizenship and Immigration Canada works in partnership with the provinces, territories and various shareholders and acknowledges the importance of continuing to collaborate with our partners, and of pursuing research and development to gather additional data supporting informed decision-making on immigration, integration and the health of newcomers in Canada.

[English]

The Chairman: I want to ask a couple of questions of the various members of the panel and then I will begin with my speaker's list. Let me begin in the order you actually spoke.

Mr. Charko, I was actually about to ask you for the data that turns out to be in your report, which is the LTD cost, the long-term disability cost and the percentage of people who come back to work. The 70 per cent, I believe, is relatively high compared to any other employer, which is terrific. Do you have, or have you attempted to get, comparable data, for example from the business round table on mental health and addiction, on the costs or the percentage of returnees to work?

Mr. Charko: We have not done that research, yet. That is part of the assessment of disability management on which we intend to embark.

The Chairman: What is your time frame to obtain the numbers?

Mr. Charko: For numbers like that, we could probably return to this committee in a few weeks with some information.

The Chairman: That would be terrific. As we have discovered in going across the country, the database on this area of public policy is abysmal. There has been little research done on it, even at the academic community level. That would be helpful.

I will turn now to the page where you talked about the need for culture change. You point out, correctly, that unless we achieve the culture change, progress will be slow in coming. Other countries have discovered that that takes quite a bit of time. Are you just starting down that road or are you some distance along it?

Mr. Charko: The Public Service Modernization Act is a major step forward.

The Chairman: In what year was that passed?

Mr. Charko: That was passed just last year. That step is in refocussing the attention of managers and recalibrating the accountability of deputy ministers and line managers for

Nous finançons diverses initiatives qui sont aussi liées à la santé mentale. En facilitant et en améliorant l'intégration globale des nouveaux arrivants dans la société canadienne, on contribue au bien-être global de ces nouveaux arrivants. On contribue à la santé mentale de ces nouveaux arrivants.

Citoyenneté et Immigration Canada est partenaire avec les provinces et les territoires et diverses parties intéressées et reconnaît l'importance de continuer cette collaboration avec nos partenaires, reconnaît l'importance de poursuivre la recherche et le développement de données supplémentaires appuyant nos prises de décision éclairée, décisions liées aux questions d'immigration, d'intégration et de santé des nouveaux arrivants.

[Traduction]

Le président : J'ai deux ou trois questions à poser au témoin, après quoi je suivrai ma liste d'intervenants. Permettez-moi de vous poser mes questions en suivant l'ordre dans lequel vous avez témoigné.

Monsieur Charko, j'allais vous demander des informations qui se trouvent en fait dans votre rapport, à savoir le coût de l'invalidité à long terme et le pourcentage de ceux qui retournent au travail. À mon avis, la proportion de 70 p. 100 est assez élevée comparativement à l'expérience de tous les autres employeurs, et c'est très bien. Avez-vous obtenu, ou avez-vous déjà cherché à obtenir, des données comparables, par exemple, de la table ronde du milieu des affaires sur la santé mentale et la dépendance, relativement au coût de l'invalidité à long terme ou au pourcentage de ceux qui retournent au travail?

M. Charko : Nous n'avons pas encore fait de recherche là-dessus. Cette question sera à l'ordre du jour de l'évaluation de la gestion de l'invalidité que nous avons l'intention d'entreprendre.

Le président : Dans combien de temps pensez-vous pouvoir obtenir les chiffres?

M. Charko : Pour ce genre de chiffres, nous pourrions sans doute faire parvenir des informations au comité d'ici quelques semaines.

Le président : Ce serait formidable. Comme nous avons pu le constater au cours de nos déplacements au Canada, la base de données relative à cet aspect de la politique gouvernementale est on ne peut plus lacunaire. Il y a eu très peu de recherches sur le sujet, même dans les milieux universitaires. Cela nous serait utile.

Passons maintenant à la page où vous parlez de la nécessité d'un changement de culture. Vous indiquez à juste titre que les progrès seront lents à moins que nous ne réussissions à opérer un changement de culture. D'autres pays ont constaté qu'il fallait pas mal de temps pour en arriver là. Est-ce là une démarche que vous venez tout juste d'entreprendre ou est-elle déjà bien amorcée?

M. Charko : La Loi sur la modernisation de la fonction publique est une étape importante dans cette voie.

Le président : En quelle année a-t-elle été adoptée?

M. Charko : Elle vient tout juste d'être adoptée l'an dernier. Elle constitue un progrès important en ce sens qu'elle appelle au recentrage de l'attention des gestionnaires et au rajustement de la

HR resources. We are in the early days of that cultural change. The Auditor General has said that we have a good foundation but there are many challenges yet to face in that area.

The Chairman: As an aside, it is our experience that there is much to be learned by talking. For example, you will find that both CIBC and Dofasco appear to have outstanding programs in this area. You might find it worthwhile to spend some time talking to those people and others to whom they might direct you. It seems to me that there is no sense in re-inventing the wheel.

Mr. Charko: The key is to educate not just managers to deal with these issues but line managers and other colleagues. Office colleagues can have an influence on this issue and can help to identify early problems.

Senator Cochrane: I have a supplementary question to your first question, Mr. Chairman.

Mr. Charko, I realize that you said \$74 million per year has been spent on this issue, and 44 per cent seek assistance for mental health issues or addiction problems. What number is 100 per cent?

Mr. Charko: That is the number of claims for long-term disability. I will check to see if I have that information. There were 8,824 long-term disability claims for the year 2003. The approval rate was about 84 per cent, and mental disorders represented 43.7 per cent of those claims.

Senator Cochrane: Did you say that 70 per cent of those came back to work?

Mr. Charko: Over a longer term, it was a 70 per cent return to work, but not necessarily of that group because long-term disability is just beginning.

Senator Cochrane: Could you give us the figure that 70 per cent represents? How many would come back to work? I would like to have a figure.

Mr. Charko: I would have to obtain that information for the committee.

The Chairman: I will ask either of the officials from Citizenship and Immigration a couple of questions. First, I have an observation. You said that the percentage of offenders with a diagnosis of mental disorder has risen 61 per cent in 7 years. It is interesting that, roughly seven or eight years ago, de-institutionalization began to accelerate. The observation that we made in our report was that the prisons have become the asylums of the 21st century. That is a pretty reasonably accurate description just on the basis of that trend data. You may comment on that.

responsabilité des sous-ministres et des cadres hiérarchiques pour les ressources humaines. Nous n'en sommes toujours qu'au stade préliminaire de ce changement culturel. La vérificatrice générale a dit que nous avons de bonnes bases, mais il reste encore beaucoup de défis à relever à ce chapitre.

Le président : Soit dit en passant, nous avons pu constater qu'on apprend beaucoup en parlant aux autres. Ainsi, CIBC et Dofasco semblent tous deux avoir des programmes tout à fait remarquables à cet égard. Vous trouveriez peut-être utile de vous entretenir avec ces gens-là et avec d'autres qu'ils pourraient vous recommander. Il me semble qu'il ne sert à rien de réinventer la roue.

M. Charko : L'important, c'est de sensibiliser, non pas seulement les dirigeants, mais les gestionnaires hiérarchiques et les autres collègues, à ces questions. Les collègues peuvent avoir une influence à cet égard et contribuer à cerner les problèmes dès qu'ils se manifestent.

Le sénateur Cochrane : J'ai une question complémentaire qui fait suite à votre première question, monsieur le président.

Monsieur Charko, je sais que vous avez dit que 74 millions de dollars par an ont été consacrés à cette question, et que 44 p. 100 des employés demandent de l'aide pour régler des problèmes de dépendance ou de santé mentale. À quoi correspond la proportion de 100 p. 100?

M. Charko : Il s'agit du nombre de demandes de prestations d'invalidité à long terme. Je vais vérifier pour voir si j'ai cette information. Le nombre de demandes de prestations d'invalidité à long terme était de 8 824 en 2003. Le taux d'approbation était d'environ 84 p. 100, et les troubles mentaux étaient un facteur dans 43,7 p. 100 de ces demandes.

Le sénateur Cochrane : Avez-vous dit que 70 p. 100 des demandeurs sont retournés au travail?

M. Charko : À long terme, 70 p. 100 des gens sont retournés au travail, mais il ne s'agit pas nécessairement de personnes appartenant à ce groupe-là, parce que l'invalidité à long terme n'en est qu'à ses débuts.

Le sénateur Cochrane : Pourriez-vous nous indiquer ce que représente la proportion de 70 p. 100? Combien de personnes sont retournées au travail? J'aimerais avoir un chiffre précis.

M. Charko : Il faudrait que j'obtienne cette information pour le comité.

Le président : J'ai deux questions pour les représentants de Citoyenneté et Immigration. Vous avez dit que le pourcentage de délinquants diagnostiqués comme souffrant de troubles mentaux avait augmenté de 61 p. 100 en sept ans. Il est intéressant de souligner que c'est il y a environ sept ou huit ans que la désinstitutionnalisation a commencé à prendre de l'ampleur. Nous avons fait remarquer dans notre rapport que les prisons sont devenues les hôpitaux psychiatriques du XXI^e siècle. Cette tendance dont vous faites état semble nous donner raison. Pourriez-vous nous dire ce que vous en pensez.

I understand the four points that you outlined in terms of your strategy, but knowing a fair bit about the meagre amount of resources available to deal with mental health issues in the correction service, I do not know how you will do that unless you can find other resources. I would be in favour of that but, as you said, the first need is a full mental health assessment of offenders at the time of their arrival. My guess is that you are not even close to having the resources required to do that.

You also talked about the need to provide services in your regular institutions, which I take to mean regular prisons. You said that you cannot fully realize this plan without additional capacity being allocated. Correct me if I am wrong, and I will stop here, but my guess is that you have about 10 per cent of the capacity, or I could be generous and give you 20 per cent for many reasons, such as salary scales and the lack of attention paid to mental health in the service for a long time. This is not a new problem, although the magnitude of it is new to you. I understand that you have a plan, but is there any hope of making progress on it? Is the answer that you are hoping people like us will make it such an issue that you receive extra resources?

Dr. Bouchard: I guess the answer is, a bit of both.

The Chairman: We are quite prepared to do that.

Dr. Bouchard: I would say both. In developing our plans, we realized that we have some gaps. We also have to build on the existing capacity. To improve the intake assessment, we can do things within our own capacity. Already we have begun to explore that with our staff in the reception centres. We certainly realized that, at some point, we will reach the limit of our capacity.

Currently, the idea for the orientation intake is to improve what we are doing and add to it as much as we can. We cannot say how much more we can do right now in the field. There is some capacity to work internally but we know there are limits that have to be defined.

The Chairman: Can you give us any historical tracking data on the kinds of mental illness? Can you give us any numbers in terms of dollar cost to implement your four-point plan?

The next one I find really bizarre. In your presentation, you referred to the Corrections and Conditional Release Act. Section 86 of that act states:

Je comprends bien les quatre volets de la stratégie que vous nous avez décrite, mais étant assez bien renseigné sur les maigres ressources dont dispose le service correctionnel pour les problèmes de santé mentale, je ne sais pas comment vous allez pouvoir la mettre en œuvre à moins que vous puissiez trouver de nouvelles ressources. J'estime que vos ressources devraient être accrues mais, comme vous l'avez dit, la priorité doit aller à l'évaluation complète de la santé mentale des délinquants à leur arrivée. Or, vous êtes sans doute loin d'avoir les ressources nécessaires à cette fin.

Vous avez également parlé de la nécessité d'offrir des services dans vos établissements ordinaires soit, j'en conclu, les prisons destinées à la population générale. Vous avez indiqué que vous ne pourrez pas concrétiser tous les éléments de votre plan à moins de pouvoir compter sur une capacité accrue. Reprenez-moi si je me trompe, et ce sera là ma dernière question, mais je dirais que votre capacité n'est qu'à 10 p. 100, ou peut-être même 20 p. 100, soyons généreux, de ce qu'elle devrait être, et ce, pour diverses raisons, comme les échelles de rémunération et le peu d'attention que le service correctionnel a accordé à la santé mentale pendant longtemps. Il ne s'agit pas d'un nouveau problème, même si son ampleur est quelque chose de nouveau pour vous. Je sais bien que vous avez un plan, mais pouvons-nous nous attendre à ce que vous fassiez des progrès en vue de le mettre en œuvre? La solution serait-elle que vous espérez que des gens comme nous soulèvent un tollé et que vous ayez ainsi droit à des ressources supplémentaires?

Mme Bouchard : C'est un peu des deux, je suppose.

Le président : Nous sommes tout à fait prêts à intervenir en ce sens.

Mme Bouchard : Je dirais que c'est les deux. Quand nous avons élaboré nos plans, nous étions conscients que nous n'avions pas toutes les ressources voulues. Il faudra faire fond sur notre capacité existante. Pour améliorer l'évaluation initiale, il y a certaines choses que nous pouvons faire dans les limites de notre capacité actuelle. Nous avons déjà commencé à examiner avec le personnel des centres de réception les possibilités à cet égard. Nous étions certainement conscients du fait que, à un moment donné, nous atteindrions les limites de notre capacité.

Pour l'instant, ce que nous visons c'est d'améliorer ce que nous faisons au moment où le détenu arrive chez nous et à faire en plus tout ce que nous pouvons faire. Nous ne saurions dire dans quelle mesure nous pouvons faire plus sur le terrain. Il est certainement possible d'en faire plus à l'interne, mais nous savons qu'il y a des limites à cette capacité, qui doivent être définies.

Le président : Disposez-vous de données historiques sur les types de maladies mentales constatées chez les délinquants? Pouvez-vous nous donner une idée de ce qu'il en coûterait pour mettre en œuvre votre plan d'action en quatre volets?

Le point suivant me paraît vraiment bizarre. Dans votre exposé, vous avez parlé de la Loi sur le service correctionnel et la libération conditionnelle. L'article 86 de cette loi énonce que :

The Service shall provide every inmate with

(a) essential health care, and

(b) reasonable access to non-essential mental health care...

Could you define non-essential mental health care? It sounds a bit like an oxymoron.

Dr. Bouchard: I do not know if there is an official definition but I can try to find one.

The Chairman: Do not give me the official one; just give me a clue. Does anyone know what "non-essential mental health care" was meant to mean?

Senator Cook: I will offer an opinion: "affordable housing."

Dr. Bouchard: In the community, psychology services are not covered by health care all the time. We cover everything in the community plus additional psychology services. We have psychology services covered within our own services. That would be an example of what we might call "non-essential." In the community, psychological services are often available in the private sector and not in the public sector.

Dr. Michael Bettman, Acting Director General, Offender Programs and Reintegration, Correctional Service Canada: Non-essential health care adopts an illness model. Perhaps we are looking at ancillary counselling, personality disorder and other interventions that are not necessarily directly related to a mental illness.

The Chairman: That suggests to me that you are adopting a relatively narrow medical definition of mental illness.

Dr. Bettman: For the most part, when we talk about mental health issues, yes. We have to differentiate to a certain extent our population, not all of whom are mentally ill, but who certainly have troubles with the law, and anti-social personality behaviour. To a large extent, the efforts we make in mental health are directed to that area.

We also have correctional programs and rehabilitation efforts that are ongoing for our general population that is not mentally ill.

Senator Callbeck: Welcome, and thank you for your presentations.

First, I assume that public mental health programs are generally much better than those in the private sector. However, are there a lot of companies that provide better mental health services than the government?

Le Service veille à ce que chaque détenu reçoive

(a) les soins de santé essentiels et,

(b) qu'il ait accès, dans la mesure du possible, aux soins...

Pourriez-vous nous expliquer ce que l'on entend, dans la version anglaise, par les soins de santé mentale non essentiels? Cela me semble être en quelque sorte un oxymoron.

Mme Bouchard : Je ne sais pas s'il en existe une définition officielle, mais je peux essayer de vous en trouver une.

Le président : Je ne veux pas la définition officielle, mais j'aimerais simplement que vous me donniez une idée de ce que l'on a voulu dire par des soins de santé mentale non essentiels.

Le sénateur Cook : À mon avis, cela pourrait comprendre par exemple, le logement abordable.

Mme Bouchard : Pour la population en général, les services de psychologue ne sont pas toujours couverts par l'assurance-santé. Nous offrons tout ce qui est offert à la population en général, plus les services de psychologue. Ces services sont compris dans les services que nous offrons. Ce serait là un exemple de soins que l'on pourrait qualifier de non essentiels. Les gens de la collectivité ont souvent accès aux services de psychologues du secteur privé et non du secteur public.

M. Michael Bettman, directeur général par intérim, Programmes pour délinquants et réinsertion sociale, Service correctionnel Canada : Les soins de santé non essentiels prennent pour point de départ la maladie. Il pourrait s'agir de counselling complémentaire ou d'autres types d'interventions, relatives par exemple à des troubles de la personnalité, qui ne seraient pas nécessairement liées directement à une maladie mentale.

Le président : Cela me donne l'impression que vous partez d'une définition médicale assez étroite de la maladie mentale.

M. Bettman : C'est effectivement le cas quand il s'agit de problèmes de santé mentale. Il nous faut faire une distinction dans une certaine mesure, car les personnes à qui nous avons affaire ne sont pas toutes des malades mentaux, mais elles ont certainement eu des démêlés avec la justice et manifestent des comportements antisociaux. Dans une large mesure, les efforts que nous faisons au chapitre de la santé mentale visent ce type de problème.

Nous avons aussi des programmes correctionnels et des programmes de réinsertion qui sont offerts de façon permanente à notre population générale qui ne souffre pas de maladie mentale.

Le sénateur Callbeck : Je vous souhaite la bienvenue, et je vous remercie de vos exposés.

Tout d'abord, je suppose que les programmes publics de santé mentale sont généralement bien meilleurs que ceux qui existent dans le privé. Mais y a-t-il beaucoup d'entreprises qui offrent de meilleurs services de santé mentale que le gouvernement?

Mr. Charko: Unfortunately, I cannot answer that question. We are just beginning our assessment of best practices in the private sector. There is much we can learn from other employers in terms of practices in this area.

Senator Callbeck: You mentioned a survey of public servants done in 2002 through which problems were identified. I think you said that the deputy ministers came up with a list of recommendations. Have those recommendations been carried out?

Mr. Charko: For the most part, there has been progress made. One of the recommendations dealt with issues like workload balancing. If you recall, in 1999 and earlier, after program review, there were workload imbalances. Work-life balance was difficult in departments, and I think that a number of those situations have been corrected with additional resources. As well, the attention that deputy ministers are now paying to human resources issues has significantly increased since that period as a result, in part, of those recommendations.

Senator Callbeck: You mentioned several things that you are planning to do with regard to Correctional Service Canada. You say that CSC has some psychologists providing direct care to offenders. How many do you currently have in the system and how many should you have in order to provide proper mental health treatment?

Dr. Bouchard: I can provide you with the exact number later, but we have about 250 psychologists working in the Correctional Service Canada. However, psychologists do not provide only mental health services. They also carry out risk assessment for correctional purposes. In fact, most of the activities of the psychologists within CSC are directed to the risk assessment part of the correctional agenda.

We are in the process of assessing our need for additional psychology resources. I cannot give you an estimate today.

Senator Callbeck: That review did not include numbers?

Dr. Bouchard: It did not conclude the amount of additional resources needed. The next step is assessing the amount of additional resources we need.

Senator Callbeck: Do you have psychologists on staff or do you hire them from outside?

Dr. Bouchard: In most regions, they are on staff. In some regions, we also have them on a contractual basis, mostly for the purpose of risk assessment.

Senator Callbeck: Is there a lack of psychiatric services? I ask that because I have heard that at the penitentiary in Springhill, which houses several hundred people, a psychiatrist attends only once a week.

M. Charko : Malheureusement, je ne peux pas répondre à cette question. Nous commençons à peine à évaluer les pratiques exemplaires dans le secteur privé. Nous avons beaucoup à apprendre des autres employeurs pour ce qui est de ce qui se fait dans le domaine.

Le sénateur Callbeck : Vous avez parlé d'un sondage qui avait été réalisé auprès des fonctionnaires en 2002 et qui avait permis de cerner certains problèmes. Je crois vous avoir entendu dire que les sous-ministres avaient dressé une liste de recommandations. Ces recommandations ont-elles été mises en œuvre?

M. Charko : De manière générale, des progrès ont été réalisés. Une des recommandations visait à régler les problèmes liés au déséquilibre attribuable à la charge de travail. Vous vous souvenez sans doute qu'en 1999 et avant, après l'examen des programmes, il existait des déséquilibres au niveau de la charge de travail. La conciliation travail-vie personnelle était difficile dans certains ministères, et je crois que, dans bon nombre de cas, la situation a été corrigée grâce à l'apport de ressources supplémentaires. En outre, les sous-ministres accordent maintenant beaucoup plus d'attention aux questions liées aux ressources humaines depuis cette période, et cela est dû en partie aux recommandations qui avaient été formulées.

Le sénateur Callbeck : Vous avez parlé de plusieurs choses que vous aviez l'intention de faire en ce qui concerne le Service correctionnel du Canada. Vous dites que le SCC a des psychologues qui s'occupent directement des contrevenants. Combien en avez-vous actuellement et combien devriez-vous en avoir pour dispenser des soins de santé mentale adéquats?

Mme Bouchard : Je pourrai vous fournir le chiffre exact plus tard, mais disons qu'il y a environ 150 psychologues qui travaillent pour le Service correctionnel du Canada. Cependant, il ne faut pas oublier que les psychologues ne fournissent pas uniquement des services de santé mentale. Ils effectuent également une évaluation des risques pour les autorités correctionnelles. En fait, l'essentiel des activités des psychologues de SCC ont trait à l'évaluation des risques.

Nous évaluons actuellement nos besoins en ressources de psychologie supplémentaires. Je ne peux pas vous donner une estimation aujourd'hui.

Le sénateur Callbeck : L'examen n'incluait pas de chiffres?

Mme Bouchard : Il ne spécifiait pas le montant des ressources supplémentaires nécessaires. Ce sera notre prochaine étape.

Le sénateur Callbeck : Les psychologues sont-ils des employés de SCC ou faites-vous appel à des psychologues de l'extérieur?

Mme Bouchard : Dans la plupart des régions, ce sont des employés. Dans certaines régions, nous faisons également appel à des contractuels, essentiellement pour l'évaluation de risques.

Le sénateur Callbeck : Les services psychiatriques font-ils défaut? Je vous pose la question parce que j'ai entendu dire qu'au pénitencier de Springhill, où sont détenues plusieurs centaines de personnes, le psychiatre ne vient qu'une fois par semaine.

Dr. Bouchard: We have had difficulties recruiting psychiatrists in New Brunswick. We have now been able to recruit a group of psychiatrists that is mainly located near our treatment centre in Dorchester. Under our plan, we want to expand the ambulatory role of the psychiatrists to the institution.

That brings me to an issue that we did not raise, that is, telemedicine. One of the issues is bringing psychiatric services to the institution where the inmates are, because they do not always need to be transferred to a treatment centre for care. However, the relationship between the treatment centre and the institution has to be reinforced in terms of support and consulting services.

Senator Callbeck: To return to your review, you have completed the review of the mental health services and you have identified areas. In what time frame will you have a plan completed?

Dr. Bouchard: We hope to complete it by this summer, or the fall at the latest.

Senator Callbeck: The last area you mentioned is the need for a community mental health strategy that will ensure continuity of care for offenders when they are released. What happens now when they are released? What services are they getting?

Dr. Bouchard: In the case of people who have an identified mental health diagnosis and are under treatment and in need of follow-up with a psychiatrist, it is our responsibility to try to assure continuity of service and to find a psychiatrist, clinic or hospital that will see the offender upon release and ensure that he or she will have access to that service. We are engaging services in the community release plans.

However, the offender may decide not to go to appointments or to the clinic to which he is referred. It is not always easy to find appropriate service in the community for each offender. It also depends upon where they are released. When they are released to residency in one of our community centres, we provide services there until they are completely outside of the institutional settings.

Senator Callbeck: There is much work to be done in that area.

Bill C-10 is currently before the Senate. It would give more powers to the police and the review board.

Dr. Bouchard: I am not familiar enough to comment on it.

Dr. Bettman: I am vaguely familiar with it.

[Translation]

Senator Pépin: I heard you refer to treatments for inmates. We were told that, oftentimes, when there is a shortage of hospital beds, inmates wait in prison because they cannot be transferred.

Mme Bouchard : Nous avons du mal à recruter des psychiatres au Nouveau-Brunswick. Nous sommes toutefois parvenus à recruter un groupe de psychiatres qui se trouvent essentiellement près de notre centre de traitement à Dorchester. Dans le cadre de notre plan, nous voulons accentuer la mobilité des psychiatres au sein de l'institution.

Ceci m'amène à une question qui n'a pas été soulevée : la télémedecine. Il s'agit notamment d'amener des services psychiatriques à l'institution où se trouvent les détenus, car il est parfois inutile de les transférer à un centre de traitement pour les soigner. Il convient néanmoins de renforcer des rapports entre le centre de traitement et l'institution, sur le plan du soutien et des services de consultation.

Le sénateur Callbeck : Pour revenir à votre examen des services de santé mentale, vous l'avez mené à bien et vous avez identifié certains domaines. Quand comptez-vous avoir fini d'élaborer un plan?

Mme Bouchard : Nous espérons finir cet été ou cet automne, au plus tard.

Le sénateur Callbeck : Le dernier domaine que vous avez mentionné est le besoin d'une stratégie de santé mentale à l'échelle de la collectivité qui permette une continuité des soins aux contrevenants quand ils sont libérés. Que se passe-t-il actuellement, lorsqu'ils sont libérés? Quels services obtiennent-ils?

Mme Bouchard : Si un contrevenant a fait l'objet d'un diagnostic, si on a décelé un problème de santé mentale, s'il suit un traitement et s'il a besoin d'un suivi par un psychiatre, nous sommes tenus d'essayer d'assurer une continuité du service, en trouvant un psychiatre, une clinique ou un hôpital qui suivront le contrevenant à sa mise en liberté, et nous devons nous assurer qu'il y a accès. Dans le cadre des plans de mise en liberté dans la collectivité, nous retenons des services.

Toutefois, il est possible que le contrevenant choisisse de ne pas aller au rendez-vous ou à la clinique qu'on lui a recommandée. De plus, il n'est pas toujours facile de trouver un service approprié dans la collectivité pour un contrevenant donné. Cela dépend aussi de l'endroit où ils sont mis en liberté. Quand un contrevenant relâché est mis en résidence dans un de nos centres communautaires, nous lui fournissons des services en cet endroit là, jusqu'à ce qu'il soit complètement sorti du système correctionnel.

Le sénateur Callbeck : Il y a beaucoup à faire dans ce domaine.

Le Sénat étudie actuellement le projet de loi C-10, qui accorderait plus de pouvoir aux policiers et à la commission d'examen.

Mme Bouchard : Je ne connais pas assez bien le projet de loi pour dire quoi que ce soit.

M. Bettman : Moi je le connais vaguement.

[Français]

Le sénateur Pépin : Je vous entendais parler des traitements donnés aux détenus. On nous disait que lorsqu'il manque des lits dans les hôpitaux, bien souvent les détenus sont en attente dans

We held a series of hearings in Toronto. As the committee chair said, prisons have become this century's mental institutions. At this point, we were told that at this time, if you had to transfer a seriously ill inmate, you would choose to keep him, and often, he would be kept in complete isolation.

I am sorry I missed your presentation, I was in another committee. We were told that such inmates were kept in isolation and often did not receive adequate treatment. I wonder what type of training is offered?

Is there special training for offenders? There seem to be more and more of them. What is the relationship between your services, federal correction services, and provincial mental health stakeholders?

Dr. Bouchard: With respect to access to treatment beds for inmates in crisis, in our federal system, there are five treatment centres in each region, and we have our own hospitals. Access is often available through our treatment centres. Obviously, sometimes, it can happen that a person is kept in isolation because he or she is vulnerable when faced with the general population and waiting to be transferred to one of our treatment centres. I do not know if this situation applies to provincial correction systems, but when it comes to access to community hospital beds, as far as we are concerned, that is not always the first place we would send someone for mental health care.

Senator Pépin: I do not think we were referring to provincial services. I know you have health care centres in Quebec.

Given the significant number of offenders with mental health problems, do you believe that your centres are full, do you have enough beds or availability to meet the needs?

Dr. Bouchard: One of the findings that came out of our assessment of treatment centres is that there did not seem to be a need to massively increase the number of beds but rather to reassign them to better meet the needs of inmates, especially when it comes to mental health. This is currently being done to redirect the use of beds in our treatment centres. That was one of the findings to come out of our assessment.

Based on the data within correction services, we could not conclude that we needed to increase the number of intensive care hospital beds for mental health problems. That does not mean that it will never happen. Based on the data we had, we needed to make better use of the beds.

The other finding was that yes, there has been an increase in the number of inmates and people with mental health problems coming through our systems, but very often, these people can be accommodated by special units within our regular institution centres: they either need more structure or support, but not

les prisons parce qu'on ne peut pas les transférer. On a eu une série d'audiences à Toronto. Comme le président du comité l'a dit, les prisons sont devenues les asiles du siècle. On nous disait que lorsque vous devez transférer un détenu gravement malade, à ce moment, vous le gardiez, et bien souvent on nous a dit que vous les isoliez complètement.

Je regrette d'avoir manqué vos présentations, j'étais à un autre comité. On a dit qu'ils étaient en isolation et bien souvent, ils n'ont pas de traitement adéquat. Je me demande quelle est la formation donnée?

Est-ce qu'il y a une formation spéciale pour les délinquants? Il semble y en avoir de plus en plus. Quelle est la relation entre vos services, le service correctionnel fédéral et les intervenants de la santé mentale dans les provinces?

Mme Bouchard : Pour l'accès à des lits de traitement pour un détenu en crise, dans notre système fédéral, nous avons les cinq centres de traitement dans chaque région nous avons nos propres hôpitaux, notre propre hôpital. L'accès est souvent disponible dans nos centres de traitement. Il est certain que quelques fois, il peut arriver que la personne soit isolée parce qu'elle est vulnérable par rapport à la population générale et en attente d'être transférée dans nos centres de traitement. Je ne sais pas si la situation s'applique dans les systèmes provinciaux correctionnels, mais en termes d'accès à des lits d'hôpitaux communautaires, pour nous, ce n'est pas toujours l'endroit direct où on va aller pour des soins de santé mentale.

Le sénateur Pépin : Je ne crois pas qu'on faisait référence aux services provinciaux. Je sais que vous avez des centres de santé au Québec.

Vu qu'il y a un nombre si important de délinquants qui ont des problèmes mentaux, vous pensez que ces centres sont complets ou vous avez suffisamment de lits ou de disponibilités pour les accueillir.

Mme Bouchard : Une de nos conclusions dans notre révision des centres de traitement, c'est que l'on ne voyait pas qu'on avait besoin d'augmenter le nombre de lits intensivement mais qu'on avait besoin de mieux les réorienter vers les besoins des détenus et leurs besoins en termes de santé mentale. C'est le processus actuellement de réorientation qu'on fait d'utilisation de nos lits dans les centres de traitement. Cela a été une de nos conclusions de notre révision.

On ne pouvait pas conclure, basé sur nos données    l'intérieur des services correctionnels, que nous avions besoin d'augmenter le nombre de lits intensifs d'hôpital pour les problèmes de santé mentale. Cela ne veut pas dire que nous ne le ferons pas éventuellement. Sur la base des données qu'on avait, on avait besoin de mieux les orienter.

Notre autre conclusion est que oui, on a une augmentation de détenus avec des problèmes de santé mentale qui passent dans notre système, mais très souvent, ces gens peuvent être accommodés si on a des unités spéciales dans nos institutions régulières; soit ils ont besoin de plus de structures ou de supports,

necessarily more intensive care, or they may need to be protected from the general population and may need more structured services than the general population.

We also based ourselves on the experiences of other jurisdictions; if you look at the United States, they may have a more serious problem than us in that, according to their reports, 80 per cent of inmates with mental health problems could be accommodated by units such as those that exist in regular institutions. It is on this basis that we have chosen to assess the need to have such units within our regular institutions. We do not believe intensive care beds need to be in every unit. We need to reassign some of these beds so that some of them can be made available in regular institutions, but within a supervised and more structured unit.

We do not have training programs designed specifically for our health care workers who work with offenders with mental health problems. Our psychologists are employed on the basis of their prior qualifications and on the results of our recruitment and analysis process which allows us to determine their capacity to provide clinical mental health services.

[English]

The Chairman: Someone suggested to us previously that the initial assessment was frequently being done using a computerized test rather than a face-to-face meeting with a psychologist; is that correct?

Dr. Bouchard: That is for the lifestyle, and I think Dr. Bettman can comment on that. When we talk about health needs assessment, it is an interview with a nurse. The case program manager can refer to a psychologist for further assessment based on the first interview when the inmate comes in.

Dr. Bettman: We have to recognize that not all federal offenders are mentally ill. Dr. Bouchard mentioned that we have an increase in serious mental illness, but it does not necessarily equate with every single federal offender.

The computerized assessment refers to our assessment for substance abuse. It is a method which is currently in revision and is specifically only for substance abuse. It relates to a much larger, comprehensive intake assessment. There, through a set of self-report questions, we determine the exact pattern, the level of intensity, the need of every single offender, and then we determine what kind of substance abuse programs they require. It is not specifically for mentally disordered offenders.

We do have methods of delivering this assessment battery in multiple ways. For example, one way is auditory. It is read out through the computer, and that is for those offenders who have literacy difficulties. It is, frankly, a state-of-the-art method of determining the intensity required, the intensity of abuse, the

mais pas nécessairement de soins plus intensifs, ou soit ils ont besoin d'être protégés de la population régulière et ont besoin de services plus structurés que la population régulière.

On s'est basé aussi sur l'expérience de d'autres rapports, si on réfère au États-Unis, ils ont peut-être un problème plus sévère que nous dans cette situation, où leurs conclusions étaient que 80 p. 100 des détenus ayant des problèmes de santé mentale pourraient être accommodés avec une forme d'unités comme cela dans les institutions régulières. C'est sur cette base qu'on s'oriente pour estimer le besoin d'avoir de telles unités dans nos institutions régulières. On ne croit pas qu'ils ont tous besoin d'être dans un lit de soins intensifs de traitement. On a besoin de mieux orienter l'utilisation de ces lits, ce qui permettrait que certains de ces lits pourraient être libérés pour aller dans une institution régulière mais dans une unité supervisée et mieux structurée.

Nous n'avons pas de programme de formation spécifique pour nos professionnels de la santé qui travaillent avec des détenus en santé mentale. Les psychologues que nous engageons le sont selon des qualifications qui leur sont données dans la communauté et sur notre processus de recrutement, d'analyse de leur compétence lorsqu'on les recrute, pour pouvoir travailler et fournir des services cliniques dans le sens de services de santé mentale.

[Traduction]

Le président : On nous a déjà laissé entendre que la première évaluation était souvent faite à l'aide d'un test informatisé plutôt qu'au cours d'une rencontre avec un psychologue, est-ce exact?

Mme Bouchard : Pour ce qui est du mode de vie, et je pense que le Dr Bettman peut en parler. Pour ce qui est de l'évaluation des besoins de santé, elle se fait au cours d'une entrevue avec une infirmière. Le questionnaire du programme de consultation peut demander une nouvelle évaluation par un psychologue comme suite à la première entrevue effectuée à l'arrivée du détenu.

M. Bettman : Il faut admettre que tous les délinquants des pénitenciers fédéraux ne sont pas atteints d'une maladie mentale. La Dre Bouchard a mentionné que nous constatons une hausse de la maladie mentale grave, mais ce n'est pas nécessairement le cas de tous les détenus sous responsabilité fédérale.

L'évaluation informatisée nous permet de dépister l'abus d'alcool ou d'autres drogues. C'est une méthode qui est actuellement en cours de révision et qui vise spécifiquement l'abus d'alcool ou d'autres drogues. Il s'agit d'une évaluation beaucoup plus vaste et complète de l'absorption. Ainsi, par un ensemble de questions, nous déterminons la tendance exacte, le niveau d'intensité, les besoins de chaque délinquant, puis nous déterminons de quel type de programmes de désintoxication ils ont besoin. Cette méthode n'est pas spécialement conçue pour les délinquants souffrant de troubles mentaux.

Nous avons des méthodes pour administrer cette série de tests de multiples façons. Par exemple, nous avons la méthode auditive. L'ordinateur en fait lecture, à l'intention des délinquants qui ont du mal à lire. Il s'agit vraiment d'une méthode très perfectionnée pour déterminer l'intensité requise, l'intensité de l'intoxication,

intensity of use, the kind of lifestyle associated with substance abuse, directly linked to the kinds of programs and interventions we deliver for substance abuse.

[Translation]

Senator Gill: I shall primarily be asking questions on the First Nations. Do you differentiate between the Inuit, the Métis, Status Indians and the First Nations?

[English]

Dr. Bettman: In our legislation, we do not. We have approached, through our programming, special Aboriginal programs, and within that we have a margin of adapting those programs. Those programs are designed in the area of substance abuse, in the area of violence in practically all our domains, including sex offenders, to specific populations. We do have unique programs for unique populations. For Inuit, we have a substance abuse program specifically designed for Inuit offenders. With respect to Metis, we do not have many Metis in our system, but the programs we have developed are able to be geared towards the Metis population.

[Translation]

Senator Gill: The Inuit, the Métis and Indians are different peoples. They live in different regions. The Inuit live further north in the arctic region; the Métis tend towards urban or semi-urban environments; and Indians live on the reserves.

A few years ago, when Indians and Inuit came under the auspices of the Department of Citizenship and Immigration, I would have addressed my questions to Ms. Martin; however, times have changed.

I would like to know whether there are adaptation programs for Indians and Inuit similar to those offered to the immigrants; perhaps there are adaptation programs or programs for those facing difficulty in adjusting to life in an urban setting. Do you have a specific means of supporting those who appear to display signs of mental health problems, but are, in fact, often simply experiencing adaptation or social problems arising from the fact that they come from a different background? How do you handle this? It must be very complicated.

[English]

Dr. Bettman: It is a complex issue, on many levels. If you are looking at specific cultural treatments, and you are adding the dimension of urban versus rural, it becomes more complicated. That is why we embarked on, not so much recreating but building from the ground up, many of our programs for Aboriginal populations specifically — designed by Aboriginal people, often delivered by Aboriginal people for the overrepresented Aboriginal population in our federal system. Whether or not those deal with the issues of rural versus urban,

l'intensité de la consommation, le style de vie correspondant à l'intoxication, et tout cela est directement lié aux types de programmes et d'interventions que nous assurons en cas d'alcoolisme et de toxicomanie.

[Français]

Le sénateur Gill : Mes questions vont surtout porter sur les Premières nations. Faites-vous la distinction entre les Inuits, les Métis et les Indiens statuts ou les gens des Premières nations?

[Traduction]

M. Bettman : Dans notre législation, non. Nous avons envisagé, dans notre programmation, des programmes spéciaux pour Autochtones, et nous avons là une marge d'adaptation de ces programmes. Ces derniers sont conçus eu égard à l'alcoolisme et à la toxicomanie, eu égard à la violence dans presque tous les domaines dont nous nous occupons, notamment les agressions sexuelles, et tiennent compte de populations spécifiques. Nous avons des programmes uniquement pour des populations précises. Pour ce qui est des Inuits, nous avons un programme sur l'alcoolisme et la toxicomanie spécialement conçu pour les contrevenants inuits. Quand aux Métis, il n'y en a pas beaucoup dans notre système, mais les programmes que nous avons conçus peuvent être ciblés pour tenir compte de la population métisse.

[Français]

Le sénateur Gill : Il y a différentes populations, des Inuits, des Métis et des Indiens. Ils habitent des régions différentes, les Inuits plus au nord dans les régions arctiques, les Métis plus dans des milieux urbains ou semi-urbains et les Indiens dans les réserves indiennes.

Il y a quelques années, j'aurais posé mes questions à Mme Martin, parce que les Indiens et les Inuits étaient gérés par Citoyenneté et Immigration Canada. Aujourd'hui, c'est différent.

J'aimerais savoir s'il y a différents programmes d'adaptation comme pour les immigrants, il y a peut-être des programmes d'adaptation ou des difficultés d'adaptation au milieu urbain. Avez-vous un traitement ou des traitements particuliers pour ceux qui semblent manifester des troubles mentaux mais qui sont souvent des troubles d'adaptation ou sociaux, parce que les Indiens viennent de milieux différents? Comment fonctionnez-vous? Ce doit être assez compliqué quand même.

[Traduction]

M. Bettman : C'est une question complexe, de bien des façons. Si l'on pense à des traitements culturels spécifiques, et si l'on tient compte du monde rural par rapport au monde urbain, c'est encore plus compliqué. C'est pourquoi nous avons entrepris, non pas tant de recréer mais de construire à partir de la base, un bon nombre de nos programmes pour les populations autochtones précisément — des programmes conçus par les peuples autochtones, souvent administrés par des membres des collectivités autochtones pour la population autochtone qui est

they are more sensitive to those issues than perhaps most of our other correctional programs — and even mental health programs. It is definitely a complex issue.

[Translation]

Senator Gill: Do you have any statistics comparing the general population to the present population, as well as comparing the number of Indians and non-Indians receiving treatment?

Dr. Bettman: Yes, but I do not have them with me.

Senator Gill: Would we be able to have access to these statistics?

Dr. Bettman: Yes, that would not be a problem.

Senator Gill: I would be very interested in seeing them, as it would allow me to make some comparisons.

[English]

The Chairman: That would be helpful to us, because one has the perception, at least in urban Western Canada, that the percentage of offenders who are Aboriginal are substantially higher than the percentage in the population as a whole. To the extent that you have any documentation on that issue, that would be great.

Dr. Bouchard: In our report that was provided to you when we came in May, we have some data on the Aboriginal population within Correctional Services of Canada, so we can update that. To the extent that our programs can provide some data, we will.

Dr. Bettman: Offhand, I can tell you, clearly, that Aboriginal people represent 3 per cent of the population but 17 per cent of our offender population. In the Prairie region, that number is approaching 65 per cent. It is a very large —

The Chairman: Sorry, 65 per cent?

Dr. Bettman: Sorry, 40 to 50 per cent, for under 3 per cent of the population; but I do not know the actual percentages in the West.

Senator Gill: That is why I was asking. When you talk about Aboriginal offenders, I would like to know where they are coming from — urban, up North — and it will explain to us certain —

The Chairman: That is terrific.

Senator Gill: I know that there are a lot of Aboriginal people in jail in the West.

surreprésentée dans notre système fédéral. Pour ce qui est de savoir si elle tient compte de ces différences entre le monde rural par rapport au monde urbain, ils sont plus sensibles à ces questions que le sont peut-être la plupart de nos autres programmes du service correctionnel — et même que les programmes de santé mentale. C'est certainement une question complexe.

[Français]

Le sénateur Gill : Avez-vous des statistiques, par rapport à la population en général, sur la population carcérale, et sur les Indiens qui reçoivent des soins, de façon à comparer avec les non-Indiens?

M. Bettman : Oui, mais je ne les ai pas ici.

Le sénateur Gill : Est-ce qu'on pourrait avoir ces statistiques?

M. Bettman : Oui, ce serait très facile.

Le sénateur Gill : Cela m'intéresserait beaucoup, pour pouvoir faire des comparaisons.

[Traduction]

Le président : Cela nous serait utile, parce qu'on a l'impression du moins dans les zones urbaines de l'ouest du Canada, que le pourcentage de délinquants autochtones est nettement supérieur à celui de l'ensemble de la population. Si vous aviez de l'information sur cette question, ce serait bien.

Mme Bouchard : Dans notre rapport qui vous a été remis quand nous sommes venus comparaître en mai, nous présentions des données sur la population autochtone qui relève des services correctionnels du Canada, et nous pouvons les mettre à jour. Dans la mesure où nos programmes nous permettent de fournir des données, nous les fournissons.

M. Bettman : Spontanément, je peux vous dire, bien sûr, que la population autochtone représente 3 p. 100 de l'ensemble de la population et 17 p. 100 de notre population délinquante. Dans la région des Prairies, ce pourcentage frise les 65 p. 100. C'est très élevé ...

Le président : Pardon, 65 p. 100?

M. Bettman : Veuillez m'excuser, de 40 à 50 p. 100, pour moins de 3 p. 100 de la population; mais je ne connais pas les pourcentages exacts dans l'Ouest.

Le sénateur Gill : C'est pourquoi je posais la question. Quand vous parlez de délinquants autochtones, j'aimerais savoir d'où ils viennent — de régions urbaines, du Grand Nord — et nous saurons ainsi certainement...

Le président : Très bien.

Le sénateur Gill : Je sais qu'il y a beaucoup d'Autochtones en prison dans l'Ouest.

Dr. Bettman: We can provide the enrolments in Aboriginal programs. Whether or not we can give you rural versus metropolitan, because people change in terms of where they have lived, that might be a little difficult to provide, but we will try to do that for you.

Senator Cochrane: My question is first directed at Mr. Charko. I would like to continue on that line on which the chairman started at the beginning. How much funding is in the public service health care plan? The second part of that is how much is spent on administration?

Mr. Charko: With the health care plan, basically the total value of the plan — and this is reimbursement of claims — is about \$500 million a year. In terms of administration, what I would talk about is the administration fees we pay Sun Life — the health care plan is administered by Sun Life — and I believe we are probably spending, although I would have to confirm this, around \$15 to \$20 million a year for that administration.

Senator Cochrane: Are there other administration costs? There must be.

Mr. Charko: I do not think so. I think that would be the bulk of them.

Senator Cochrane: Of that spending, \$74 million goes to mental illness and addiction, is that right?

Mr. Charko: Yes.

Senator Cochrane: Of that \$74 million, how much is spent on administration?

Mr. Charko: For example, to explain the first number — the \$64 million — that is essentially reimbursement of drugs. The classification is “central nervous system agents,” and it is basically the reimbursement of the drug claims. In terms of the psychologists, the other figure, the \$10 million, was for psychological counselling services. That is reimbursement of the psychologists’ claims, or psychologists’ services.

The administration of those claims is a very small portion of that \$15 to \$20 million that I talked about earlier. What happens is that it is a reimbursement system, so that as the employee is prescribed by his doctor, say, anti-depressants, for example, he will go to the pharmacy, he will pay the claim, and then we will send that claim in to Sun Life and they will reimburse. Similarly, if he is referred to a psychologist, the psychologist will deliver the service, the employee will pay the psychologist and we will reimburse.

Senator Cochrane: Could each one of you provide the committee with one example of a typical case of a client with a mental illness or substance abuse disorder, and how each one of you would address that concern?

Dr. Bouchard: Do you mean the pathway this offender can go through when he comes into our system?

M. Bettman : Nous pouvons vous fournir de l’information sur le nombre d’inscriptions aux programmes pour Autochtones. Pour ce qui est de savoir si nous pouvons vous fournir des comparaisons entre la situation en milieu rural par rapport au milieu urbain, en raison de la mobilité des gens, cela pourrait être un peu difficile, mais nous allons tâcher de le faire pour vous.

Le sénateur Cochrane : Ma question s’adresse d’abord à M. Charko. J’aimerais que nous reparlions de ce qu’a dit le président au début. De quel financement dispose-t-on pour le régime de soins de santé de la fonction publique? Deuxièmement, quelle part est consacrée à l’administration?

M. Charko : Pour ce qui est du régime de soins de santé, la valeur totale du régime — c’est-à-dire le remboursement des demandes — c’est environ 500 millions de dollars par an. Pour ce qui est de l’administration, je parlerais des frais d’administration que nous payons à Sun Life — le régime de soins de santé est administré par la Sun Life — et je crois que nous dépensons probablement, sous réserve de confirmation, de 15 à 20 millions de dollars par an pour ces services d’administration.

Le sénateur Cochrane : Y a-t-il d’autres frais d’administration? Il doit y en avoir.

M. Charko : Je ne le pense pas. Je crois que c’est l’essentiel des frais d’administration.

Le sénateur Cochrane : Sur ce montant, 74 millions de dollars sont affectés aux soins concernant la maladie mentale et la toxicomanie, n’est-ce pas?

M. Charko : Oui.

Le sénateur Cochrane : Sur ces 74 millions de dollars, combien sont dépensés pour l’administration?

M. Charko : Par exemple, pour ce qui est du premier montant — les 64 millions de dollars — il s’agit essentiellement du remboursement de médicaments. C’est la catégorie des agents du système nerveux central, et il s’agit essentiellement du remboursement des médicaments. Pour ce qui est des psychologues, l’autre montant, les 10 millions de dollars, concerne des services de consultation psychologique. Il s’agit du remboursement de demandes de services psychologiques.

L’administration de ces demandes ne représente qu’une toute petite portion du montant de 15 à 20 millions de dollars dont je viens de parler. Ce qui se passe, c’est qu’il s’agit d’un système de remboursement, si bien que quand un employé se voit prescrire des antidépresseurs, par exemple, par son médecin, il va à la pharmacie, il achète et paie les médicaments, puis il envoie une demande de remboursement à la Sun Life qui le rembourse ensuite. De la même manière, si on lui conseille d’aller voir un psychologue, l’employé consulte le psychologue, lui verse des honoraires et nous le remboursons ensuite.

Le sénateur Cochrane : Chacun d’entre vous pourrait-il fournir au comité un exemple d’un cas type de client qui a une maladie mentale, ou qui a un problème d’alcoolisme ou de toxicomanie, et nous dire comment chacun d’entre vous s’y prendrait?

Mme Bouchard : Voulez-vous dire le cheminement que peut suivre ce délinquant quand il entre dans notre système?

Senator Cochrane: Yes, either with a mental illness or with an addiction problem.

Dr. Bouchard: Or both. I will leave Dr. Bettman to go with the substance abuse and I will deal with the other.

Usually, most offenders come to us through the provincial system. Often, offenders have resided in the provincial system before they come to us — most of them, in fact. They will come in with a medical file already, with some information regarding their treatment, diagnosis and the medication they are on at that time.

In most of our regions we have reception centres, except in the Prairies. The reception centre is an institution or centre that is dedicated to receive offenders who are newly arrived into our system, and where they will stay for approximately one to three months for a full assessment and a decision on their placement in an appropriate institution.

Senator Cochrane: This is what they call somebody on the front line.

Dr. Bouchard: It is the front-line reception centre where people are channelled through.

In the Prairies, this is located in six institutions, because we also have a women's institution there. Because of the distance and the geography, it is not one centre for the Prairie region.

I will start at a reception centre where the person comes in. It is standard that every offender, within 24 hours of his arrival, will be seen by a nurse to renew his medication and prescription, if there is a need for maintaining his treatment. Full assessment of his health status by the nurse will occur within the first 14 days.

If he is already identified as having a mental health problem — in other words, he has been diagnosed and is under medication — the nurse might decide to refer him to the institutional physician for a review of his medication and his needs. If there is any report of his behaviour problems while he comes to us, he might need a further assessment by a psychologist, depending on how he behaves in the institution at the time.

There is also a suicide risk assessment that is done, a standard screening risk assessment for suicide when they come in. If there is any problem, in terms of being potentially suicidal, he or she can be put under observation for a period of time by the team, and be reassessed accordingly — his level of risk of suicide reassessed.

For the first three months, the offenders will reside in that reception centre. They will be receiving their regular treatment. If, for example, the person develops significant health problems during that time, he would be seen; and it could be decided that he might need to be admitted into our treatment centre in that region. We also have psychiatrists who come in to the reception centre. Usually, they are also attached to the treatment centre. They can see him and decide if he should be admitted to the treatment centre, because we cannot stabilize him in the centre

Le sénateur Cochrane : Oui, quand il vous arrive soit avec une maladie mentale soit avec un problème d'intoxication.

Mme Bouchard : Ou les deux. Je vais laisser M. Bettman vous citer le cas d'un délinquant souffrant d'intoxication, et je parlerai de l'autre cas.

Habituellement, la plupart des délinquants nous arrivent par l'entremise du système provincial. Souvent, les délinquants ont résidé dans le système provincial avant de nous arriver — la plupart d'entre eux, en fait. À leur arrivée ils ont déjà un dossier médical qui renferme de l'information concernant leur traitement, leur diagnostic et les médicaments qu'ils prennent à ce moment-là.

Dans la plupart des régions, nous avons des centres d'accueil, sauf dans les Prairies. Le centre d'accueil est une institution ou un centre qui est conçu pour accueillir les délinquants qui arrivent dans notre système, et où ils restent de un à trois mois dans l'attente d'une pleine évaluation et d'une décision concernant leur hébergement dans une institution appropriée.

Le sénateur Cochrane : C'est ce qu'on appelle le personnel de première ligne.

Mme Bouchard : C'est le centre de réception de première ligne où les personnes sont acheminées.

Dans les Prairies, cela se trouve dans six institutions, car il y a également une institution pour les femmes. En raison de la distance et de la géographie, il n'y a pas juste un centre pour la région des Prairies.

Je vais commencer par le centre de réception où les personnes arrivent. Il est normal que chaque délinquant soit vu par une infirmière, afin de renouveler ses médicaments et ses ordonnances, s'il faut poursuivre son traitement, dans un délai de 24 heures suivant son arrivée. L'infirmière fera une évaluation approfondie de son état de santé dans les 14 premiers jours.

Si on a déjà déterminé qu'il souffre de problème de santé mentale — en d'autres mots, s'il a fait l'objet d'un diagnostic et s'il prend des médicaments — l'infirmière ou l'infirmier, décidera peut-être de l'envoyer voir le médecin de l'institution pour faire évaluer ses médicaments et ses besoins. Si nous avons un rapport sur ses problèmes de comportement, il faudra peut-être qu'il soit également évalué par un psychologue, si c'est jugé nécessaire en raison de son comportement dans l'institution.

On fait également une évaluation du risque de suicide lorsqu'ils arrivent, ce qui est un dépistage normal. S'il y a un problème, c'est-à-dire s'il est peut-être suicidaire, l'équipe le place sous observation pour un certain temps et on réévalue son niveau de risque de suicide.

Pendant les trois premiers mois, les détenus restent dans ce centre de réception. Ils reçoivent leur traitement normal. Si, par exemple, un détenu manifeste d'importants problèmes de santé pendant ce séjour, on l'examine et, au besoin, on peut l'admettre dans notre centre de traitement de la région. Nous avons également des psychiatres qui viennent au centre de réception. D'habitude, ils sont également rattachés au centre de traitement. Ils peuvent voir le détenu et décider s'il doit être admis au centre de traitement, car nous ne pouvons pas le stabiliser au centre où il

where he is residing right now, which is like an institution. If he has a diagnosis of schizophrenia, he might be transferred to our treatment facility on an emergency basis, where he would be admitted and provided a bed, and our team will provide care in that area. It is a 24-hour institution in terms of care. They will stabilize him, perhaps change his medication, and the further assessment will decide, once he is stabilized, if he can be transferred to a regular institution.

We do not view our treatment centres as centres where the offender will spend his whole sentence. Once he is stabilized, he will be assigned to a regular institution. He might end up in a maximum, medium or minimum security institution; that is a correctional assessment. Within those institutions there are also health care teams that will follow this person. The challenge, depending on the length of the sentence, is to prepare him for release. While we say we administer sentences of two years and over, the majority will be released within three or four years. I think the average time stay within our prisons is that. We have to start planning the potential release of this offender.

We have what we call our CCC's community centre, which are also CSC institutions but are usually located more in the community setting. He could be referred there as part of his release plan, where they go out of the CCC for interventions and back at night to the CCC.

We have some services for those CCCs but they are not very much developed. The challenge for an offender who has a mental health diagnosis is that he can easily become destabilized and might come back to our regular institution or treatment centre, like someone with schizophrenia who does not follow his medication and keep his appointments

Senator Cochrane: Do you have many of them coming back?

Dr. Bouchard: I cannot give data on that, but it can occur.

Dr. Bettman: Would you like to hear about the addicted offender? I will try to make it short. We are dealing with offenders who are doing two or more years, and because many have already spent time in provincial institutions, we do not have a requirement to do detoxification for the offenders. It is usually done while they are waiting for a trial in provincial court. It is rare that we have a detoxification component.

I will take over from the reception centres where we do a comprehensive assessment on the criminogenic, the underlying factors that cause criminality, not just for the index offence for which the offender has been convicted, but for his entire life. You find that close to 80 per cent of our offenders have had problems with substance abuse. It should not be a big shock to discover that.

It does not stop there. Our assessments are very much designed to determine what intensity of treatment the offender will require in order to mitigate those factors. Substance abuse is connected to reoffending as well.

réside à l'heure actuelle, qui est comme une institution. S'il s'agit d'un détenu atteint de schizophrénie, il pourrait être transféré d'urgence à notre installation de traitement où on pourra lui fournir un lit et où notre équipe pourra continuer à lui fournir des soins. C'est une institution où on dispense des soins 24 heures par jour. Là, on le stabilisera, peut-être qu'on changera ses médicaments, et une fois stabilisé, on fait une nouvelle évaluation pour déterminer s'il peut être transféré dans une institution normale.

Nous ne considérons pas nos centres de traitement comme des endroits où les détenus passeront la totalité de leur peine. Une fois stabilisé, le détenu est affecté à une institution normale. Il peut se retrouver dans un établissement à sécurité maximale, moyenne ou minimale, en fonction de l'évaluation du service correctionnel. Dans ces institutions, il y a également des équipes de soins de santé qui suivent les détenus. Le défi, selon la durée de la peine, est de préparer le détenu en vue de sa libération. Nous disons que nous administrons les peines de deux ans et plus, mais la majorité des détenus sont libérés après trois ou quatre ans. Je pense que c'est la durée moyenne de détention dans nos institutions. Nous devons commencer à planifier la libération éventuelle du détenu.

Nous avons des centres correctionnels communautaires, des CCC, qui relèvent également du SCC mais qui sont en général situés dans la communauté. Dans le cadre de son plan de libération, le détenu participe à des interventions à l'extérieur du CCC mais il y retourne pour la nuit.

Nous offrons des services dans ces CCC mais ils sont assez rudimentaires. Le défi pour un détenu qui souffre de troubles mentaux est qu'il peut facilement être déstabilisé et devoir revenir à l'institution normale ou au centre de traitement. Ce serait le cas par exemple, de quelqu'un qui souffre de schizophrénie et qui ne prend pas ses médicaments ou qui ne va pas à ses rendez-vous.

Le sénateur Cochrane : Sont-ils nombreux à vous revenir?

Mme Bouchard : Cela se produit, mais je ne peux vous donner plus d'information.

M. Bettman : Vous aimeriez en savoir plus sur les délinquants toxicomanes? Je vais tenter d'être bref. Il s'agit de délinquants qui purgent une peine de deux ans ou plus et, parce que bon nombre d'entre eux ont déjà été dans un établissement provincial, nous ne sommes pas tenus de leur offrir une cure de désintoxication. Cela se fait habituellement pendant qu'ils attendent leur procès en cour provinciale. La cure de désintoxication fait rarement partie de notre programme.

Quand le détenu arrive au centre de réception, nous faisons une évaluation exhaustive des facteurs criminogènes sous-jacents qui s'appliquent non seulement à l'infraction à l'origine de la peine mais à toute la vie du détenu. Nous constatons que près de 80 p. 100 des délinquants ont eu des problèmes de consommation d'alcool ou de drogue, ce qui ne devrait étonner personne.

Cela ne s'arrête pas là. Nos évaluations sont conçues de façon à déterminer l'intensité du traitement qui permettra de réduire l'influence de ces facteurs. La toxicomanie est liée à la récidive aussi.

For those offenders with serious substance abuse problems and who pose serious risk, we have programs in place in almost all of our institutions, at all security levels, to address those particular problems. We have a national substance abuse program in our maximum, medium and minimum security institutions, with maintenance afterwards. These are programs focussed on harm reduction strategies for the offender to reduce and prevent further substance abuse. These programs are followed up by maintenance throughout the offender's sentence, both in the institution and in the community, once they are released.

Frankly, we are proud of our substance abuse programs, which have an international reputation. We have representatives of countries from all over Europe visiting us to observe our correctional program model, including Sweden, Scotland, and a list of other countries. We have an international accreditation for our substance abuse program, so we invite international, recognized experts in the area of substance abuse to comment on and to accredit the substance abuse programs that we have in place, including the maintenance programs.

We have a very rigorous standard for each site to ensure that they are following quite methodically the guidelines and the qualities necessary that we have prescribed for the programs.

Senator Cochrane: How many sites?

Dr. Bettman: We have 166 sites, actually 300 in all, for the delivery of substance abuse programs.

Senator Cook: I will begin with Mr. Charko. Your numbers are mind-boggling: In 2004, the federal government was the fourth largest payer of drug benefits. Do you have a breakdown of those drug benefits? Could a single federal agency be responsible for all federal clients? If so, could the provision of mental health services and addiction treatment be a first step towards a centrally-managed system? To all of you who are in this complex system, where for me the individual is of the utmost importance, where are the gaps in your system? How do you link with other providers, that is, federally and provincially? How can we help you arrive at the point where we are offering to that person the very best care that the system can offer?

Last but not least, we hear the word "stigma." We hear it over and over again. The people whom you have as clients have a double stigma: the stigma of mental illness and the stigma of incarceration. How do we move the person who finds himself there through the system, back into society, so that they can live a life that is fulfilling?

Mr. Charko: I will comment on the drug benefits. To give you a sense for our drug plan in the health care plan, 20 per cent of drugs are cardiovascular, 14 per cent are central nervous system-type drugs. That is the second largest group of drugs, followed by hormone synthetic substitutes at 6 per cent and therapeutic agents at 6 per cent. Central nervous system agent drugs are a key part of our health care plan. I will not comment

Pour les délinquants qui connaissent de graves problèmes de toxicomanie et qui représentent un risque sérieux, il y a des programmes dans presque tous nos établissements, à tous les niveaux de sécurité. Nous avons un programme de réduction de la toxicomanie dans nos établissements à sécurité minimale, moyenne et maximale qui comprend le suivi. Ce sont des programmes centrés sur la réduction des méfaits visant à réduire et à prévenir la toxicomanie. On assure ensuite le suivi pendant toute la peine que purge le délinquant, autant au sein de l'établissement que dans la collectivité, après sa libération.

Nous sommes fiers de notre programme de réduction de la toxicomanie qui jouit d'une réputation à l'échelle mondiale. Des représentants de pays de toute l'Europe, notamment de la Suède et de l'Écosse, viennent assister au fonctionnement de notre programme correctionnel. Notre programme de réduction de la toxicomanie a été homologué par une organisation internationale; nous invitons donc des experts reconnus à l'échelle internationale à évaluer et à homologuer nos programmes, y compris le suivi.

Chaque centre doit respecter des normes rigoureuses et suivre de façon méthodique les lignes directrices et les normes de qualité de nos programmes.

Le sénateur Cochrane : Combien de centres y a-t-il?

M. Bettman : Il y a 166 centres, en fait, 300 au total qui dispensent nos programmes de réduction de la toxicomanie.

Le sénateur Cook : Ma première question s'adresse à M. Charko. Vos chiffres sont époustouffants : en 2004, le gouvernement fédéral était au quatrième rang au chapitre des prestations pharmaceutiques. Avez-vous une ventilation de ces chiffres? Est-ce qu'un organisme fédéral est responsable de tous les clients fédéraux? Si tel est le cas, est-ce que la prestation de services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie ne constituerait pas la première étape vers un système central? Vous tous qui travaillez au sein de ce système complexe qui, selon moi, doit être centré sur la personne, y voyez-vous des lacunes? Comment assurez-vous le lien avec les autres dispensateurs au niveau fédéral et provincial? Comment pouvons-nous faire en sorte que nous offrons à chacun les meilleurs soins possible?

Enfin, nous entendons souvent le mot « stigmatisation ». On nous le répète souvent. Ceux qui sont vos clients font face à une double stigmatisation : la stigmatisation qu'entraîne la maladie mentale et celle qu'accompagne l'incarcération. Comment pouvons-nous faire en sorte que le détenu souffrant de troubles mentaux puisse réintégrer la société et y vivre une vie pleinement satisfaisante?

M. Charko : Je répondrai à votre question sur les prestations pharmaceutiques. Pour vous donner une idée de ce que nous payons, 20 p. 100 des médicaments traitent des maladies cardiovasculaires et 14 p. 100 sont des médicaments du système nerveux central. On trouve ensuite les médicaments d'hormonothérapie, qui représentent 6 p. 100, ainsi que les agents thérapeutiques qui représentent aussi 6 p. 100 de tous les

on your question of the machinery of government or the centralizing of services. I think that is more program-related.

On the question of stigma, I am very concerned about that in the workplace as well. I think that some of the ideas that we suggested earlier is the way to go, where we are changing the culture for HR management, where employers, supervisors and work colleagues are trained, where there are opportunities to talk and learn about mental illness. It has been shown that if you can provide that type of education in the workplace and the managers feel responsible for HR issues, we can eliminate some of that stigma in the workplace.

Dr. Bouchard: On our issues in terms of the gaps in our system, one of the challenges we have, and we should see it positively, is that we cannot separate our mental health care from our physical health care. It has to be integrated. Our nurses and professionals have to be multi-skilled with competencies to address the needs of offenders when they come in. Therefore, for us it is a challenge because there is a need for training and maintaining the competence level of our health care workers. For example, our nurses in the reception centre need to be able to better assess, identify and diagnose those mental health needs. These have been identified as a challenge for us.

The management of offenders with mental health problems in our institutions cannot be done without a multi-disciplinary approach. That includes the training and awareness of the correctional officers who work with those people, to break down the stigma. That is also apart of the challenge we have. They have to be part of the team in terms of the understanding that the behavioural problems sometimes are not related to a criminal issue but more an issue from a mental health problem. Therefore, the management and education is necessary.

We are always challenged by this, and that is part of the orientation that we strive to go on now. I will limit myself to that. I know there is a lot of time, but we have been looking at all these elements: The security management when you deal with offenders with mental health problems; the use of force, in terms of addressing and adapting it to the issue of mental health has been part of all the issues we need to look at.

Senator Cook: Do you see a role for the nurse practitioner in your system? I come from Newfoundland, so in Atlantic Canada the offenders sometimes get rehabilitation, what they need. Their sentences are determined by whether they served their sentences for their misdemeanour in the province, or whether they went to the mainland. Therefore, often I feel a judge will sentence accordingly. It is a choice whether you lock them up for the period or put them somewhere where they can be rehabilitated. It is a challenge in this country as diverse as ours. I see that as really

médicaments pour lesquels nous versons des prestations. Les médicaments du système nerveux central constituent un élément clé de notre régime de soins de santé. Je ne répondrai pas à votre question sur l'appareil gouvernemental ou la centralisation des services. Cela est plutôt lié au programme.

En ce qui concerne la stigmatisation, je me préoccupe beaucoup de cela en milieu de travail aussi. Je crois que les suggestions que nous vous avons présentées plus tôt constituent de bonnes pistes de solution pour changer la culture de gestion des ressources humaines, pour former employeurs, surveillants et collègues, pour offrir des occasions de parler de la maladie mentale et pour approfondir nos connaissances de ce sujet. Il a été démontré qu'avec ce genre de formation en milieu de travail et avec des gestionnaires qui assument leurs responsabilités en matière de ressources humaines, on peut éliminer une bonne part de la stigmatisation en milieu de travail.

Mme Bouchard : Pour ce qui est des lacunes du système, l'un des défis que nous devons relever et que nous devons voir sous un jour positif, c'est que nous ne pouvons séparer les soins de santé mentale des soins de santé physique. Les deux vont de pair. Nos infirmiers et infirmières et autres professionnels doivent avoir toutes les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des délinquants à leur arrivée. Par conséquent, c'est un défi pour nous car il faut former nos professionnels de la santé et maintenir leur niveau de compétence. Ainsi, le personnel infirmier des centres de réception doit être en mesure de bien évaluer, déceler et diagnostiquer les besoins en santé mentale. Voilà une autre tâche qui nous incombe.

La gestion des délinquants souffrant de troubles mentaux dans nos établissements ne peut se faire que grâce à une approche multidisciplinaire. Cela comprend la formation et la sensibilisation des agents correctionnels qui travaillent auprès de ces détenus afin de réduire la stigmatisation. C'est là une autre tâche qui nous incombe. Ces agents doivent faire partie de l'équipe et pour y arriver, ils doivent comprendre que les problèmes de comportement ne sont pas toujours liés à la criminalité mais souvent plutôt à des troubles mentaux. Voilà pourquoi une bonne gestion et une bonne sensibilisation sont nécessaires.

C'est une tâche de tous les instants et elle est indissociable de notre nouvelle orientation. Je m'arrête ici car je sais que nous disposons de peu de temps, mais nous nous penchons sur tous ces aspects et notamment sur la sécurité et le recours à la force dans le cas des délinquants souffrant de troubles mentaux.

Le sénateur Cook : L'infirmière ou l'infirmier praticien peut-il jouer un rôle au sein de votre système? Moi, je viens de Terre-Neuve; dans la région de l'Atlantique, les délinquants sont parfois réintégrés à la société comme il se doit. Leur peine est déterminée par la possibilité pour eux de purger leur peine pour un délit mineur dans la province ou sur le continent. Souvent, les juges infligent une peine en conséquence. On a le choix d'incarcérer le délinquant pour une période déterminée ou de l'envoyer là où la réinsertion sociale sera possible. C'est tout un défi dans un pays

stressful on the individual, and on the families who cannot visit, who cannot get to see their family member. They are cut off from everything that is familiar.

Dr. Bettman: I wanted to add one other challenge. I find in the community we really lack the kind of integration that we need. Basically, I think our biggest challenge is, to a large extent, that stigma. These offenders are part of our community and people do not really recognize that. They want to encapsulate them, not only in a prison but even when they are in the community, and they say that their mental health care is the government's responsibility, it is not our town's or our city's responsibility, and as a result, we are often left alone in trying to service the needs of our offenders.

Senator Cook: Health care professionals are not readily available in my part of the country.

[Translation]

Senator Pépin: My question is on the issue of all immigration. The way in which we receive immigrant families who have come to Canada is an important factor; these families have chosen Canada and we must live up to our good name. However, several immigrant families have informed us that there is a lack of reception services.

When you are responsible for a family for a period of a few weeks, or a few months, and you notice that an individual, be it a child or an adult, is suffering from some form of intellectual disability, what services are you able to offer them? More specifically, when these families are free to choose the city in which they would like to live, do you ensure that somebody who is suffering from mental health difficulties will be able to have access to the appropriate services in his or her new community?

Although many of those people take language classes, they are not necessarily able to communicate. It can be very difficult for somebody who has mental health needs if they are unable to communicate.

You spoke of a language program; however, we have been told that, in the majority of towns, no such program exists for immigrants. I would therefore like to know if you are in a position to make their life easier, either by providing them with the name of a place they can turn to, or the name of a doctor. As for the language issue, it remains an unsolved quandary.

Dr. Martin: There are language programs up and running, but they do have certain eligibility criteria.

Senator Pépin: I realize that some such programs are available. However, many people have told us that they would have great difficulty in communicating where they suddenly to fall ill in a new city. No services are available to help people in such a situation.

diversifié comme le nôtre. Cela peut être très angoissant pour le détenu et pour sa famille qui ne peut lui rendre visite. Ces délinquants se trouvent alors éloignés de tout ce qui leur est familier.

M. Bettman : J'aimerais souligner une autre tâche à accomplir. Nous n'avons pas toujours, dans la collectivité, ce qu'il faut pour bien réintégrer les délinquants. Notre principal obstacle reste, dans une grande mesure, l'ostracisme. Ces délinquants font partie de notre collectivité mais les gens refusent d'accepter ce fait. Ils veulent les isoler non seulement quand ils sont en prison mais aussi quand ils sont dans les collectivités; ils affirment que le traitement des maladies mentales relève du gouvernement et non pas de la ville et, par conséquent, nous sommes souvent laissés à nous-mêmes quand nous tentons de répondre aux besoins de ces délinquants.

Le sénateur Cook : Les professionnels de la santé se font rares dans ma région.

[Français]

Le sénateur Pépin : Ma question concerne l'immigration. L'accueil des familles immigrantes est un élément important. Ces familles ont choisi le Canada et il faut honorer ce choix. Toutefois, plusieurs familles immigrantes nous ont indiqué qu'il existe un manque de services à l'accueil.

Lorsque vous gardez ces familles sous votre tutelle pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois et que vous constatez qu'un enfant ou une personne souffre de déficiences intellectuelles, quels sont les services que vous pouvez leur offrir? Plus particulièrement, lorsque vous libérez ces familles et qu'elles vont d'une ville à l'autre pour s'installer, est-ce qu'on s'assure qu'une personne souffrant de troubles mentaux pourra jouir de services appropriés dans sa communauté?

Bien que plusieurs de ces gens suivent des cours de langue, ils ne sont pas nécessairement capables de communiquer. La situation peut être délicate pour une personne souffrante si elle ne peut communiquer.

Vous avez parlé d'un programme linguistique. Cependant, on nous a dit que dans la majorité des villes il n'existe pas de programme linguistique pour les immigrants. Par conséquent, j'aimerais savoir si vous êtes en mesure de leur faciliter la tâche, soit en leur donnant le nom d'un endroit qui pourrait les accueillir ou le nom d'un médecin. Pour ce qui est de la langue, c'est un problème auquel nous n'avons toujours pas trouvé de solution.

Dre Martin : Il existe des programmes linguistiques qui ont quand même certains critères d'éligibilité.

Le sénateur Pépin : Je sais qu'il existe des programmes linguistiques. Toutefois, si une personne s'installe dans une ville et soudainement tombe malade, plusieurs nous disent avoir beaucoup de difficulté à communiquer. Dans un tel cas, aucun service ne leur est offert.

Dr. Martin: Different kinds of immigrants have different needs. Some immigrants are admitted under the economic class, while others have refugee status or are asking for asylum. People who are refugees or who are asking for asylum sometimes have different needs from those arriving under the economic class.

Many of our settlement or integration programs would target this group. Some services, of course, are offered to a different population than the refugees. Our role is to facilitate access to existing provincial services. We offer no specific services. We are only a link that facilitates access, for example, by giving information on what already exists in the regions.

Government-sponsored refugees have special needs. They often have private sponsors who will receive information on those special needs. The private sponsors facilitate integration into Canadian society and facilitate access to the services required by the new immigrants.

We work with various groups and organizations. People are free to settle wherever they wish in Canada. There are several things that must be taken into consideration when one is to offer services.

Senator Pépin: Generally speaking, when the immigration service finds itself faced with a family that has an autistic child, they hesitate to accept the family. However, if a family that has already settled in Canada is discovered to have members that suffer from depression or need other services, it is often difficult for people to find a centre that offers the services in their language.

Dr. Martin: This is why we have a joint initiative with the Public Health Agency. Our document entitled *Migration Health Task Force* stresses the importance of training health care professionals to deal with a new Canadian society that is multicultural and has different needs. These are some of the challenges that we must accept in the area of immigration in Canada. We are well aware of these needs and we have pointed them out to the task force.

[English]

Senator Callbeck: Dr. Bouchard, I want to return to this review that you completed. Have you looked at the contribution that volunteer groups make, or the role they play in correctional services here? I am asking this because I had a letter recently from a volunteer group that is connected with Springhill Penitentiary and they provide a lot of services to families and to the inmates, both in the prison and outside of the prison.

One thing that Senator Cook touched on a minute ago was that there are people from Newfoundland in the prison whose families cannot afford to visit unless they have a place to stay. This is one of the services that that volunteer group provides. They get \$22,000 from the government. I think it is incredible what these people do, the fund-raising they do, the hours they give, and

Dre Martin : Différents type d'immigrants ont différents besoins. Certains immigrants arrivent en classe économique, d'autres ont un statut de réfugié ou demandent asile. Les personnes réfugiées ou qui demandent asile ont parfois des besoins différents que les gens qui arrivent en classe économique.

Nombre de nos programmes de rétablissement ou d'intégration vont viser cette population. Bien entendu, certains services sont offerts à une population autre que celle des réfugiés. Notre rôle est de faciliter l'accès à des services existants au niveau des provinces. Nous n'offrons pas de services spécifiques. Nous ne sommes qu'un lien qui facilite l'accès en donnant, par exemple, l'information sur ce qui existe dans les régions.

Les réfugiés parrainés par le gouvernement ont des besoins spéciaux. Ils ont souvent des parrains privés qui recevront de l'information sur leurs besoins spéciaux. Les parrains privés faciliteront, encore une fois, l'intégration à notre société canadienne et faciliteront l'accès aux services que requièrent ces nouveaux immigrants.

Nous travaillons avec différents groupes et organisations. Les gens ont la liberté de s'installer où ils désirent au Canada. Il existe donc plusieurs facteurs à considérer lorsqu'il est question d'offrir des services.

Le sénateur Pépin : En général, lorsque le service d'immigration se trouve devant une famille ayant un enfant qui souffre d'autisme, il a alors beaucoup de réticence à accepter cette famille. Toutefois, si on découvre, une fois cette famille installée au Canada, que certaines personnes souffrent de dépression ou ont besoin de services, il est souvent difficile pour ces gens de trouver un centre où on offre des services dans leur langue.

Dr Martin : C'est pourquoi nous avons une initiative conjointe avec l'Agence de santé publique. Notre document intitulé *Migration Health Task Force* souligne l'importance de former des professionnels de la santé en fonction de la nouvelle société canadienne qui est une société multiculturelle avec des besoins différents. Ce sont là quelques-uns des défis que nous devons relever en matière d'immigration au Canada. Nous sommes bien conscients de ces besoins et nous les avons soulignés à travers ce groupe de travail.

[Traduction]

Le sénateur Callbeck : Docteure Bouchard, j'aimerais revenir à cet examen que vous avez mené. Avez-vous examiné la contribution des groupes bénévoles ou le rôle qu'ils jouent dans les services correctionnels? Je vous pose cette question parce que j'ai reçu récemment une lettre d'un groupe de bénévoles travaillant au pénitencier de Springhill qui offre de nombreux services aux détenus et à leurs familles autant à l'intérieur de l'établissement qu'à l'extérieur.

De plus, le sénateur Cook a fait allusion un peu plus tôt au fait que des détenus de Terre-Neuve ne reçoivent pas de visite des membres de leurs familles car ceux-ci n'ont pas les moyens d'aller les voir à moins de connaître quelqu'un chez qui loger. C'est justement l'un des services que ce groupe de bénévoles offre. Il reçoit 22 000 \$ du gouvernement. C'est incroyable ce que font ces

so I am wondering, has this been assessed? If it has, I would like to know what the conclusions are because I understand that two years ago, the government cut back the funding to this group.

Dr. Bouchard: In our assessment of our mental health services, we have not looked at the contributions by volunteer organizations or NGOs, so I do not have that information to provide to you. However, I certainly can look at what contributions we are making to those groups.

Within our community release plan, in terms of our strategy, we will certainly look at how we can facilitate better release and what type of interventions or linkages have to be made. We probably will be raising that issue more within that area.

Senator Callbeck: After having looked at the situation, I am telling you the \$22,000 that was spent was some of the best use of government dollars. This group is just incredible.

Dr. Bettman: We are actually very fortunate to have across the country a substantial number of volunteers who work with the Correctional Services of Canada. One of our pillars of strength is that we have all kinds of volunteer groups and non-governmental agencies advocating on behalf of the offenders, working closely with us in all kinds of domains, whether it be leisure, recreation, even the delivery of programs. Again, it is something that certainly could benefit the mental health care of our offenders, but it is not one of the areas that would be the primary intervention for the mental health care needs of our offenders. However, it is certainly an important support, and I believe that that support is there.

In terms of funding for our volunteers, I am surprised to hear that we have cut funding. In the past few years, we have really worked hard to recruit more volunteers and have enhanced our volunteer capacity through memorandums to cabinet — effective corrections. Maybe in some areas it has been cut, maybe in some areas it has been expanded; but our volunteer area, as a whole, has grown substantially in the last few years.

Senator Callbeck: Perhaps, in view of time, I will talk to you afterwards about this particular situation.

The Chairman: We may try to get some data. Thank you all for coming. The fact that we are way over time is an indication of our level of interest.

Mr. Charko, I have just one question. When you talk about the percentage of people who are off on long-term disability, largely from depression and stress, I would love to have a breakdown of that by sex. My guess is that that is hugely biased in favour of women; that there are far more women in that group, just because

bénévoles, les collectes de fonds, les heures qu'ils consacrent à leur travail, et je me demande si vous avez évalué ce travail. Dans l'affirmative, j'aimerais connaître vos conclusions car je crois savoir qu'il y a deux ans, le gouvernement a réduit les sommes qu'il verse à ce groupe.

Mme Bouchard : Dans notre évaluation des services de santé mentale, nous n'avons pas examiné la contribution des organismes bénévoles ou ONG; je n'ai donc pas d'information à vous donner là-dessus. Toutefois, je peux certainement étudier ce que nous offrons à ces groupes.

Dans le cadre de notre stratégie de réinsertion sociale, nous examinerons certainement comment nous pouvons faciliter la libération des détenus dans la collectivité et quel genre d'interventions ou de liens doivent être faits. Nous nous intéresserons probablement davantage à cette question dans ce contexte-là.

Le sénateur Callbeck : Pour avoir vu le résultat du travail de ce groupe, je peux vous dire que ces 22 000 \$ provenant des coffres de l'État n'auraient pu être mieux dépensés. Ces bénévoles sont tout simplement incroyables.

M. Bettman : Nous avons la très grande chance d'avoir un peu partout au pays un nombre de bénévoles qui travaillent pour le Service correctionnel du Canada. Ils sont un des piliers de notre système, ces groupes de bénévoles et organismes non gouvernementaux qui défendent la cause des délinquants et qui travaillent en étroite collaboration avec nous dans toutes sortes de domaines, que ce soit les loisirs, les activités récréatives ou la prestation de programmes. Encore une fois, les délinquants souffrant de troubles mentaux pourraient grandement profiter des efforts des bénévoles, mais ce ne serait pas au niveau des interventions primaires en santé mentale. Mais il est certain qu'ils offrent un soutien important et j'estime que nous jouissons déjà de ce soutien.

Pour ce qui est du financement des bénévoles, je suis étonné d'apprendre qu'il a été réduit. Ces dernières années, nous avons déployés de grands efforts pour recruter davantage de bénévoles et avons rehaussé notre capacité par le biais de mémoires au Cabinet sur une approche correctionnelle judicieuse. Peut-être qu'il y a eu des compressions dans certains domaines et que d'autres ont vu leur financement augmenter mais dans l'ensemble, le financement du bénévolat dans les affaires correctionnelles a connu une croissance considérable ces dernières années.

Le sénateur Callbeck : Étant donné que nous avons peu de temps, peut-être devrais-je vous parler de cette situation particulière après la réunion.

Le président : Nous tenterons d'obtenir des données. Merci à tous d'être venus. Le retard que nous accusons témoigne du grand intérêt que nous portons à vos travaux.

Monsieur Charko, j'ai une question pour vous. Vous avez parlé du pourcentage de personnes en invalidité prolongée, surtout pour cause de dépression ou de stress, et j'aimerais avoir la ventilation par sexe. J'ai l'impression que ce groupe comprend beaucoup plus de femmes, tout simplement parce qu'elles tentent

they are trying to do two jobs: one at home and one at work. That is conjecture on my part, but if I am right I would love to know the data.

Mr. Charko: We will get that for you.

The Chairman: Thank you for coming. We will be in touch with you on a bilateral basis of some kind.

May I ask the next witnesses to come forward, and accept my apologies for being more than a little late? I noticed that you have been here for a while, so you can understand that there is no shortage of interest here. As I think you may have heard me say when we began, we have to adjourn at 6 p.m., so this may mean we will invite you back for another visit.

Since you have given us your opening statements, because I want to ensure we have time for questions, please hit the highlights and then we can have questions. We will begin with Brigadier-General Jaeger, who is the Surgeon General of the Canadian Forces. Thank you very much for coming.

Brigadier-General Hilary F. Jaeger, Surgeon General, National Defence: Since this is my first time appearing before you, I would like to cover some fairly broad ground. I will try to summarize the high points as we move through. I am accompanied today by Colonel Randy Boddam, who is the Canadian Forces practice leader for psychiatry and mental health, and he can fill in all the hows whilst I can describe the whats.

I would like to point out, and it may be evident to senators, but the CF is a distinct group of Canadians in many ways. Of particular relevance to this committee is the fact that the federal government has responsibility for, and authority over, all aspects of health care for regular force members from the time they join until the time they retire, and entitled reservists, including mental health care. For the roots of this, you can go back to the constitutional lawyers and look all that up, but it does give us a certain degree of control that not many other entities exercise over the totality of health care.

We believe in a very holistic look at mental health. We believe that it is that component of health that pertains to cognitive, emotional, organizational and spiritual matters, and is much more than the mere absence of psychiatric illness; so that sets us a fairly high standard.

You may or may not be aware that we have recently been fortunate in the Canadian Forces to have had the opportunity to engage in a systematic mental health care renewal. In engaging in this renewal, we are putting into place a model of mental health care delivery that considers all of these factors, and I will try to go into more details of that later.

Before we designed the model and attempted to put it into place, we needed to know what the burden of suffering was for members of the regular and reserve forces. We worked with Statistics Canada to develop the Canadian Forces supplement to the Canadian Community Health Survey, version 1.2. I think you

de remplir deux fonctions, l'une à la maison et l'autre au travail. Ce n'est que conjecture de ma part, mais si j'ai raison, j'aimerais bien avoir ces données.

M. Charko : Je vous les ferai parvenir.

Le président : Merci d'être venu. Nous recommuniquerons avec vous personnellement.

Puis-je demander aux témoins suivants de prendre place et d'accepter mes excuses pour ce retard, qui est plus qu'un léger retard. Je me suis aperçu que vous êtes là depuis quelque temps déjà et vous pouvez donc comprendre que cette question nous intéresse beaucoup. Vous m'avez sans doute entendu dire au début que nous devons lever la séance à 18 heures, ce qui pourrait signifier que nous vous réinviterons.

Puisque vous nous avez remis vos exposés, et que nous voulons avoir suffisamment de temps pour les questions, je vais vous demander de présenter simplement les points saillants. Je donne d'abord la parole au brigadier-général Jaeger, conseiller médical des Forces canadiennes. Merci beaucoup d'être venu.

Le brigadier-général Hilary F. Jaeger, conseillère médicale, Défense nationale : Puisque c'est ma première comparution devant vous, j'aurai beaucoup de choses à dire. Je vais essayer de résumer les points saillants, au fur et à mesure. Je suis accompagnée aujourd'hui par le colonel Randy Boddam, qui est le principal gestionnaire des Forces canadiennes en matière de psychiatrie et de santé mentale, qui pourra vous parler des « comment » alors que je vous parlerai des « quoi ».

Les sénateurs s'en rendent probablement compte, mais je tiens à rappeler que les Forces canadiennes forment un groupe distinct de Canadiens, de bien des façons. Ce qui est particulièrement d'intérêt pour le comité, c'est le fait que le gouvernement fédéral a la responsabilité de tous les aspects des soins de santé des membres de la force régulière, de leur recrutement à leur retraite, et aussi pour les réservistes qui y ont droit. Cela comprend aussi les soins de santé mentale. Pour en connaître l'origine, vous pouvez vous adresser à des constitutionnalistes et remonter très loin, mais cela nous donne un certain contrôle que n'ont pas d'autres administrations, sur l'ensemble des soins de santé.

Nous croyons à un point de vue très holistique en matière de santé mentale. Nous estimons qu'il s'agit de l'élément de la santé qui se rapporte aux questions cognitives, émotionnelles, organisationnelles et spirituelles et que la santé mentale est bien plus que la simple absence de maladie psychiatrique. Nos normes sont donc assez élevées.

Vous savez peut-être que nous avons récemment eu la chance, aux Forces canadiennes, de procéder à un renouvellement systématique en matière de santé mentale. Dans ce cadre, nous mettons en place un modèle de soins de santé mentale qui tient compte de tous ces facteurs et pour lesquels je pourrai vous donner plus tard davantage de détails.

Avant de concevoir ce modèle et d'essayer de le mettre en œuvre, il nous fallait savoir quelle était l'ampleur des troubles mentaux parmi les membres de la force régulière et de la réserve. Nous avons collaboré avec Statistique Canada à la mise au point d'un supplément de l'Enquête sur la santé dans les collectivités

have heard a lot about this survey, which examined the prevalence of certain mental illnesses, perceptions of well-being and use of services in members of the Canadian public at the same time that the CF supplement examined these issues in the Canadian Forces, giving us a ready basis for comparison.

I would like to share some of the statistical highlights with you. One can hardly think of mental illness in the Canadian Forces without thinking immediately about post-traumatic stress disorder. Therefore, it may surprise you to hear that this illness is not among the three most prevalent mental illnesses in members of the Canadian Forces. Depression is our leading cause of suffering, at 7.6 per cent in the year preceding the survey. Alcohol abuse or dependency hit 4 per cent, and social phobia 3.6 per cent. PTSD was 2.2 per cent and panic disorder 2.2 per cent — all in the regular force, which, generally speaking, has a somewhat worse incidence of mental illness than the reserve forces.

All told, members of the regular force reported annual prevalence of mental illness of about 15 per cent, compared to 13 per cent in the reserves. Those figures, while quite reflective of the suffering, do not include personality disorders or adjustment disorders, which also carry a burden of difficulty.

Although many of the conditions approximated the prevalence found in civilian society, there were important exceptions. Our prevalence of depression in the year preceding the survey was 80 per cent higher than that found in the general population. I think you have seen that reported recently in the media. Similarly, the lifetime prevalence, at any point in their lives, was found to be 60 per cent higher. The survey cannot tell us why this high prevalence has been found but it does give us valuable data on which to scale our response.

Concerning PTSD, we were somewhat challenged in comparing data with the civilian world, as Statistics Canada chose not to measure the prevalence of that disorder in the general population in the same survey. Fortunately, a research study had been conducted by the anxiety disorders group at McMaster University and found that their civilian lifetime prevalence was, within experimental error, the same as we found for members of the regular force.

Those prevalence figures tell only part of the story when it comes to understanding the toll mental illness takes. Mental illness ultimately can lead to the release of a Canadian Forces member and the disability associated with forms of mental illness can lead to time off work or the imposition of employment limitations. We have an advantage in that we can shape employment for our members to a degree that most people cannot. We can direct part-time work, we can direct work of less stress, and we can direct work of less physical stress. Leaving that aside, about 42 per cent of all sick leave days — sick leave is our expression for time off work for medical reasons — 42 per cent

canadiennes, destiné particulièrement aux Forces canadiennes : la version 1.2. Je pense que vous avez beaucoup entendu parler de cette enquête, qui portait sur la prévalence de certaines maladies mentales, sur les perceptions de bien-être et l'utilisation des services par les Canadiens, et aussi, en même temps, dans le cadre du supplément, par les membres des Forces canadiennes. Nous avons ainsi un bon point de comparaison.

J'aimerais vous faire part des points saillants de ces statistiques. On peut difficilement penser à la maladie mentale au sein des Forces canadiennes sans songer immédiatement au syndrome de stress post-traumatique. Vous serez donc étonnés d'apprendre que cette maladie n'est pas l'une des trois maladies mentales les plus prévalentes au sein de la population des Forces canadiennes. La principale cause de souffrance psychologique, c'est la dépression, qui atteignait 7,6 p. 100 pour l'année précédant l'enquête. La consommation excessive d'alcool ou la dépendance de type alcoolique atteignait 4 p. 100, et la phobie sociale, 3,6 p. 100. Le SSPT représente 2,2 p. 100 des cas et le trouble panique, 2,2 p. 100. Tous ces chiffres se rapportent à la force régulière qui, en général, a une incidence plus élevée de maladies mentales que la réserve.

Ainsi, au total, la prévalence de maladies mentales rapportée dans la force régulière est annuellement d'environ 15 p. 100, par rapport à 13 p. 100 pour la réserve. Ces chiffres, qui nous donnent une bonne idée de la souffrance psychologique, ne comprennent pas les troubles de la personnalité et les troubles d'adaptation, qui sont aussi sources de détresse.

Bien que la prévalence de ces maladies soit à peu près la même que pour la population civile, il y avait d'importantes exceptions. La prévalence de la dépression dans l'année précédant l'enquête était plus élevée de 80 p. 100 que celle de la population en général. Vous l'aurez récemment entendu dans les médias. De même, la prévalence à vie, toutes les étapes de la vie confondues, était de 60 p. 100 supérieure. L'enquête ne peut pas nous dire les raisons de cette prévalence élevée mais nous donne des données précieuses pour adapter nos interventions.

Au sujet du SSPT, il était difficile de comparer nos données avec celles des civils, puisque Statistique Canada n'a pas jugé bon de mesurer la prévalence du SSPT au sein de la population civile, dans cette enquête. Heureusement, une étude menée par le groupe d'étude des troubles anxieux de l'Université McMaster a constaté que la prévalence pendant la vie civile était, compte tenu de l'erreur expérimentale, la même que pour les membres de la force régulière.

Ces chiffres sur la prévalence ne nous présentent qu'un aspect de la question, lorsqu'il s'agit de comprendre les problèmes posés par la maladie mentale. En effet, la maladie mentale peut causer la libération d'un membre des Forces canadiennes et les incapacités associées aux diverses formes de maladie mentale peuvent causer des pertes de temps de travail ou l'imposition de restrictions dans le cadre du travail. Nous sommes avantagés du fait que nous pouvons adapter le travail de nos membres dans une mesure qui ne peut être envisagée ailleurs. Nous pouvons organiser du travail à mi-temps, réaffecter une personne à un travail moins stressant ou à un travail moins exigeant physiquement. Cela mis à part,

was for mental health issues, the leading cause of time away from work. There is a strong propensity for mental illness to be responsible for longer periods of sick leave for an individual.

More serious is the issue of medical releases from the military and employment restrictions. About 2,300 of our members every year undergo a review of their suitability to continue serving in the Canadian Forces. About 23 per cent of these cases every year are due to mental illness, and that perhaps is not surprising. They are disproportionately likely to end up being released from the Canadian Forces. Forty-two per cent of CF members who actually are medically released have mental illness as their primary diagnosis.

What has been and what is being done to address the needs of our members? Building on this knowledge about depth and breadth of mental health in the CF, the mental health initiative, which Colonel Beaudoin led under the auspices of our overall health care renewal project known as RX 2000, undertook an options analysis and, after obtaining departmental approval, is now embarking on implementation of an initiative that will roughly double the number of mental health providers available to CF members across the country. These providers will be working in an interdisciplinary team model involving psychiatrists, clinical psychologists, mental health nurses, social workers, addiction counsellors and chaplains, who share care responsibility with primary care providers and optimize preventive services by working closely with preventive health program authorities. By providing team-based care, we hope to reduce or eliminate the concerns that have been raised by CF members when they said that they had unmet care needs. That was in the same Statistics Canada survey.

We have developed standardized approaches to assessment and treatment of key conditions, and efforts are under way to ensure that all of our staff are equally comfortable with the preferred therapeutic approaches. The new initiative further seeks to fine-tune deployment-related psychosocial screenings to allow for earlier intervention, improve educational outreach services to monitor and conduct research, and to improve practices and measure outcomes. A significant level of new funding totalling \$98 million over six years, has been committed to enhancing CF mental health care delivery.

Developing this care delivery system I have just described requires a significant infusion of personnel. I mentioned a rough doubling. While funding has been secured, we still have to face the challenge of finding the trained people to fill these positions. This is a major issue as, of course, for these positions we have to recruit professionals from the civilian sector, where we know that there is already an overall shortage of care providers.

environ 42 p. 100 de tous les congés de maladie, c'est-à-dire les congés qui sont pris pour des raisons médicales, ont été pris pour des raisons de santé mentale, et c'est la principale cause des absences prolongées.

La libération pour raisons médicales et les restrictions de travail sont des questions plus graves. Environ 2 300 de nos membres font l'objet d'un examen visant à déterminer leur capacité de demeurer au service des Forces canadiennes. Environ 23 p. 100 de ces dossiers, chaque année, sont attribuables à la maladie mentale et ce n'est peut-être pas étonnant. Ces personnes sont beaucoup plus exposées que les autres à une libération des Forces canadiennes. Quarante-deux pour cent des libérations pour raisons médicales sont associées à un diagnostic principal de maladie mentale.

Qu'est-ce qui a été fait et qu'est-ce qui se fait aujourd'hui pour répondre aux besoins de nos membres? Dans le cadre de notre projet de renouvellement des soins de santé en général, appelé RX 2000, le col Beaudoin a dirigé l'initiative en matière de santé mentale. À partir des données que j'ai citées sur l'ampleur et la portée de la santé mentale dans les Forces canadiennes, on a entrepris une analyse des options, et après obtention d'une approbation ministérielle, on s'est lancé dans la mise en oeuvre d'un projet qui doublera environ le nombre de praticiens en santé mentale auxquels auront accès partout au pays les membres des Forces canadiennes. Ces praticiens feront partie d'équipes multidisciplinaires comprenant des psychiatres, des psychologues cliniciens, des infirmières et infirmiers spécialisés en santé mentale, des travailleurs sociaux, des conseillers en toxicomanie et des aumôniers, qui partageront la responsabilité des soins avec les responsables des soins primaires et optimiseront les services de prévention en travaillant étroitement avec les responsables des programmes de prévention en santé. Grâce à ce travail d'équipe, nous espérons réduire ou éliminer les préoccupations soulevées par les membres des Forces canadiennes, selon lesquels on ne répondait pas bien à leurs besoins, et exprimées dans le cadre de l'enquête de Statistique Canada.

Nous avons mis au point des solutions normalisées à l'évaluation et au traitement des principales maladies mentales et des efforts sont actuellement déployés pour veiller à ce que tout notre personnel soit bien au fait des méthodes de traitement à privilégier. La nouvelle initiative vise en outre le perfectionnement des évaluations psychosociales associées aux déploiements, afin de permettre des interventions plus précoces, l'amélioration de nos services de communication et d'éducation, le suivi et la poursuite de recherches, l'amélioration de nos pratiques et la mesure des résultats. Des sommes nouvelles et substantielles ont été engagées pour l'amélioration des soins de santé mentale au sein des Forces canadiennes, soit 98 millions de dollars sur six ans.

Pour élaborer le système de prestation des soins dont je viens de parler, il faut une injection considérable de personnel. Comme je l'ai dit, il faudrait doubler les effectifs. Si l'on a obtenu le financement, il reste encore à trouver les personnels formés qui combleront les postes. C'est un problème de taille car nous devons recruter des professionnels dans le secteur civil, et nous savons qu'il y a une pénurie générale de professionnels de la santé.

Another serious challenge that faces us is our dependence upon the civilian health care system for acute intervention of our more severely ill. Psychiatric beds exist at a premium. We do not run our own, and we cannot always readily access such beds. This is a particular concern for us as the highly mobile nature of military careers means that support systems such as extended family and friends of long standing are less likely to be able to provide help when a member is suffering.

A concerned chain of command and the efforts of the Military Family Resource Centres can mitigate this somewhat, but a gap nonetheless remains. A challenge facing those members who release from the Canadian Forces is the transition to civilian care providers; sometimes they cannot be found. Even getting a family physician may be difficult, and it is a particularly serious problem when you are medically released with a mental health concern requiring regular follow-up.

Our relationship with Veterans Affairs Canada is critical to meeting the needs of patients suffering with operational stress injuries. Over the past few years, cooperation has deepened. I think you are all aware of the activities of the Centre for Care and Support of Injured, which is jointly run by DND and the CF. We now have a mental health steering committee with a joint chairmanship meeting regularly. We are working towards common assessment and treatment protocols and we have a memorandum of understanding allowing for limited reciprocal access to services. We are planning to further integrate our services for our mutual clients and have agreed, this past Friday, to the establishment of an interdepartmental project to assist us with this process.

CF members suffering with operational stress injuries such as PTSD want to be able to continue with the care provider or team with whom they have developed a relationship, even though they may no longer be members of the Canadian Forces. The vision is to have VAC mental health resources available to members of the CF where this makes sense, and CF mental health resources available to VAC where this makes sense. It is desired by us that blended staffing eventually take place. This is an example of one of the issues to be addressed by the new joint project. We are optimistic that great strides can be made.

In the Canadian Forces, we are mindful that closer integration with VAC, as positive a development as this is, will not bridge the mental health provider gap for all of our releasing members; only those whose disability meets VAC criteria for eligibility.

To summarize, mental illness causes significant suffering and loss of productivity among members of the Canadian Forces. Our health service has invested considerable effort into addressing this problem and the department is committing significant additional

Autre grand problème auquel nous sommes confrontés : notre dépendance à l'égard du système de santé civil quand des malades gravement atteints exigent des soins actifs. Le nombre de lits disponibles dans les ailes psychiatriques est limité. Nous ne disposons pas de telles installations et nous ne pouvons pas toujours y accéder rapidement. Cela nous préoccupe tout particulièrement car de par la nature de leur carrière, les militaires se déplacent fréquemment de sorte que les réseaux d'appui que constituent la famille éloignée et les amis de longue date sont moins susceptibles de venir en aide à un militaire en détresse psychologique.

Le problème peut être atténué jusqu'à un certain point dans la mesure où la chaîne de commandement en est consciente et où l'on peut compter sur les efforts des centres militaires en ressources familiales. Néanmoins, cela ne suffit pas. Les militaires réformés des Forces canadiennes font face à un autre défi : ils doivent faire la transition et recourir aux professionnels de la santé du secteur civil. Il leur est parfois impossible de trouver des places. Même trouver un médecin de famille peut se révéler difficile et c'est un problème particulièrement grave quand un militaire est réformé pour des raisons médicales à cause de troubles mentaux qui exigent un suivi régulier.

Notre relation avec Anciens Combattants Canada est essentielle si nous voulons répondre aux besoins de nos patients souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel. Ces dernières années, la coopération s'est intensifiée. Je pense que vous connaissez tous les activités du Centre des soins et d'appui aux blessés, géré conjointement par le MDN et les Forces canadiennes. Il existe désormais un comité de direction pour la santé mentale dont les coprésidents se réunissent régulièrement. Nous sommes en train d'élaborer des protocoles communs pour l'évaluation et le traitement et en vertu d'un protocole d'entente, il y a désormais un accès réciproque limité à certains services. Nous envisageons d'intégrer davantage nos services à l'intention de nos clients mutuels et vendredi dernier, nous nous sommes entendus sur une initiative interministérielle qui nous aidera dans ce travail.

Les membres des Forces canadiennes qui souffrent d'un traumatisme lié au stress opérationnel, comme le SSPT, veulent pouvoir continuer d'être soignés par le professionnel ou l'équipe de professionnels avec lesquels ils ont tissé des liens, même s'ils ont quitté le service actif. Il s'agit de donner aux membres des Forces canadiennes l'accès aux ressources de ACC quand c'est logique, et vice versa. À plus ou moins longue échéance, nous souhaitons panacher ces services. C'est un exemple des questions que le projet conjoint permettra de résoudre. Nous avons espoir que de grands progrès peuvent être réalisés.

Les Forces canadiennes savent bien qu'une intégration plus intense avec ACC, aussi positive que puisse être cette évolution, ne comblera pas la pénurie de professionnels de la santé mentale pour tous nos patients. Seuls ceux dont l'incapacité correspond aux critères d'admissibilité d'ACC seront retenus.

En résumé, la maladie mentale cause de grandes souffrances et de grosses pertes de productivité au sein des Forces canadiennes. Notre service de santé a consacré beaucoup d'effort à la recherche d'une solution à ce problème et le ministère y engage des

resources. These are very real and practical problems that we will be facing in the future, but we are hopeful. We believe ourselves to be on the right track as we implement the improvements that we have planned.

The Chairman: Thank you, General Jaeger.

Senators, our next witness is Brian Ferguson.

Mr. Brian Ferguson, Assistant Deputy Minister, Veteran Services Branch, Veterans Affairs Canada: Mr. Chairman, thank you for the opportunity to speak to your committee today.

[Translation]

This is perfect timing for us because Veterans Affairs Canada is currently working on improving the services provided to members of the Canadian Forces and to veterans suffering from operational stress injuries.

[English]

First, I will deal with the improvements that we are making under existing regulatory frameworks, that is the Pension Act and the Veterans Health Care Regulations, and then I will give you an overview of the activities that we are undertaking to better meet the specific needs of Canada's veterans.

Under the Veterans Health Care Regulations, if a need for health care is related to a pension condition, Veterans Affairs Canada will pay for those treatment benefits directly. For eligible veterans, we will pay for non-pension conditions if the service is not covered under provincial health care plans. With the exception of those services provided at our own Ste. Anne's Hospital, all health services provided to our clients are delivered either by provincial jurisdictions, non-governmental organizations or private registered providers. Through our network of regional and district offices, we have an ongoing relationship with provincial governments.

To our knowledge, Veterans Affairs Canada and DND are the only federal departments currently involved in responding to the specific mental health issues relating to Canadian veterans and still serving members. However, we both enjoy a very productive relationship with Health Canada, which provides us with a telephone assistance service for veterans and their families who find themselves in crisis situations and require counselling support.

I know your committee has provided three interim reports. We have reviewed those reports and they offer important evidence into the state of affairs in Canada. We look forward to your final report and recommendations later this year. We share many of the areas of concern that you have addressed in your reports.

ressources supplémentaires considérables. À l'avenir, nous aurons à faire face à des problèmes bien réels et pratiques mais nous sommes optimistes. Nous pensons être dans la bonne voie grâce aux améliorations que nous prévoyons d'apporter.

Le président: Merci, général Jaeger.

Sénateurs, notre prochain témoin est M. Brian Ferguson.

M. Brian Ferguson, sous-ministre adjoint, Direction des services aux anciens combattants, Anciens Combattants Canada: Monsieur le président, je vous remercie de m'avoir accordé la possibilité de comparaître devant le comité aujourd'hui.

[Français]

Le moment est bien choisi pour nous car Anciens Combattants Canada s'emploie actuellement à améliorer les services fournis aux membres des Forces canadiennes et aux anciens combattants souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel.

[Traduction]

Tout d'abord, je voudrais vous parler des changements que nous apportons aux cadres législatifs et réglementaires actuels, c'est-à-dire la Loi sur les pensions et le Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants, après quoi je vous présenterai un aperçu des activités entreprises afin de mieux répondre aux besoins particuliers des anciens combattants canadiens.

En vertu du Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants, si un besoin est lié à une affection ouvrant droit à pension, ACC paiera pour les traitements. Pour les anciens combattants se qualifiant, ACC paiera pour les traitements n'ouvrant pas droit à pension, si le service n'est pas assuré aux termes des régimes provinciaux de soins de santé. Exception faite des services fournis à notre hôpital de Sainte-Anne, tous les services de santé qu'ACC fournit à ses clients sont offerts par les autorités provinciales, des organismes non gouvernementaux et des fournisseurs autorisés du secteur privé. Notre réseau de bureaux dans les districts et les régions nous permet de rester en contact avec les gouvernements provinciaux.

À notre connaissance, Anciens Combattants Canada et le MDN sont les seuls ministères fédéraux chargés du dossier de la santé mentale chez les anciens combattants et les militaires encore en service au Canada. Cependant, nous entretenons tous deux des rapports fructueux avec Santé Canada, qui offre un service d'aide téléphonique aux anciens combattants et à leurs proches en détresse qui ont besoin de counselling.

Je sais que votre comité a préparé trois rapports provisoires. Nous avons pris connaissance de ces documents qui fournissent des preuves éloquentes de l'état de choses au Canada et nous nous réjouissons à la perspective de lire votre rapport final et vos recommandations plus tard cette année. Nous partageons les inquiétudes que vous avez soulevées dans votre rapport.

For your general information, Veterans Affairs is responsible for providing disability pensions and health care to a little more than 209,000 clients, 18 per cent of whom are Canadian Forces members and veterans. Their numbers have increased 58 per cent in the last three years and we anticipate having more than 58,000 Canadian Forces clients by the year 2013.

I do not need to tell you that the growing incidence of post-traumatic stress disorder, PTSD, amongst our clients is a concern. We have more than 8,000 clients pensioned for mental health-related conditions. More than half of these clients suffer from PTSD alone, and the incidence among our younger CF members is increasing each year.

Given the time constraints for this appearance, we are providing you under separate cover a comprehensive slide presentation for the review of your committee. It contains some or most of the statistical information that the clerk requested that we provide.

Not only is the number of clients pensioned for PTSD increasing but so is the effort required on the part of our staff, and those of DND, to meet the complex needs of these clients. Let me briefly outline a situation that illustrates the need some of our clients face today. It fits in with some of the earlier remarks.

A forty-year-old male veteran was pensioned 80 per cent for PTSD related to his service in his special duty area. He is suicidal at times and his wife and children have left home in fear for their own safety. After being discharged from his local hospital, he was faced with a lack of medical resources to help him in his time of need, a familiar refrain. He called Veterans Affairs Canada and spoke to an area counsellor who worked with his local district office staff to explore options. We had to make arrangements with our partners in the United States to get him treatment, but then a local opportunity presented itself. Through our partnerships with DND and local medical practitioners, we were able to get him treatment at the local DND Operational, Trauma and Stress Support Centre, OTSSC. This client will be assisted through case management services at the local Veterans Affairs Canada district office to maintain contact with his clinical service providers.

While this case resulted in a successful outcome, it illustrates the need to improve immediate access to mental health care that is comprehensive, integrated and that delivers services consistently to a high standard of excellence. Currently VAC, like DND, must compete for scarce acute psychiatric services along with other Canadian citizens. For this reason, we are putting our emphasis on early detection and intervention to detect problems early and prevent acute crisis situations from escalating. Our district office health professionals can intervene

À titre d'information, ACC verse des pensions d'invalidité et fournit des soins de santé à un peu plus de 209 000 clients, dont 18 p. 100 sont des membres actifs ou retraités des Forces canadiennes. Notre clientèle a augmenté de 58 p. 100 dans les trois dernières années et nous prévoyons compter plus de 58 000 clients des Forces canadiennes d'ici 2013.

Inutile de vous parler des préoccupations suscitées par l'augmentation du nombre de victimes du syndrome de stress post-traumatique, SSPT, parmi nos clients. Nous versons une pension à plus de 8 000 clients atteints d'affections liées à la santé mentale. Plus de la moitié d'entre eux souffrent du SSPT et chaque année, la maladie fait de plus en plus de victimes chez nos jeunes militaires.

Compte tenu du temps mis à notre disposition pour vous présenter cet exposé, nous avons préparé un diaporama que vous pourrez regarder et examiner à votre guise. Vous y trouverez des renseignements statistiques, l'essentiel de ce qui existe, tel que votre greffière nous en avait fait la demande.

À mesure que se multiplient les victimes du syndrome qui obtiennent une pension d'invalidité, notre personnel et celui du MDN doivent accroître les efforts qu'ils déploient pour répondre aux besoins complexes de cette nouvelle clientèle. Permettez-moi de vous présenter brièvement une situation qui illustre bien les besoins actuels de certains de nos clients. Mon propos va recouper ce qui a été dit tout à l'heure.

Il s'agit du cas d'un ancien combattant de 40 ans qui touche une pension établie à 80 p. 100. Ce client souffre du syndrome de stress post-traumatique par suite de son service dans une zone de service spécial et il a des tendances suicidaires. Sa femme et ses enfants l'ont quitté parce qu'ils craignaient pour leur propre sécurité. Après son congé de l'hôpital, ses appels au secours sont restés sans réponse, les organismes locaux n'ayant pas les ressources nécessaires pour lui venir en aide en cette période difficile, ce qui n'est pas inusité. Il a appelé le service d'aide d'ACC et a parlé à un conseiller de secteur qui s'est mis en rapport avec le bureau de district compétent pour explorer les possibilités d'aide à sa disposition. Au départ, nous avons conclu une entente avec nos partenaires des États-Unis pour que le client y reçoive des traitements mais il s'est ensuite présenté une possibilité d'aide à l'échelle locale. En effet, grâce à nos partenariats avec le MDN et les praticiens locaux, le Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels du MDN de la région a pu lui dispenser des traitements. Par la suite, le bureau local de district d'ACC prendra son cas en charge et maintiendra le contact avec les cliniciens.

Nos efforts ont été couronnés de succès dans ce cas-ci. Toutefois, la situation de cet ancien militaire montre bien la nécessité d'accroître immédiatement l'accessibilité des soins de santé mentale et de mettre en place un régime de traitement complet, conséquent et intégré, dispensé selon les normes d'excellence les plus élevées qui soient. À l'heure actuelle, comme il est difficile pour ACC, sans parler du MDN et de la population du Canada, de mettre la main sur des services d'aide psychiatrique, nous dépensons nos énergies sur l'intervention

on behalf of clients to assist them in receiving the appropriate acute care and monitor their progress after the acute phase.

We have already done a lot and plan to do more to address this need. I would like to state a few examples of what we have attempted so far. As previously explained, we have established a VAC assistance line in partnership with DND and Health Canada. DND and Veterans Affairs have established in Ottawa the joint centre that Ms. Jaeger mentioned for care of the injured and released members, veterans and families where veterans can have their requests for assistance expedited through a 1-800 number.

VAC and DND have established case workers on a major basis across Canada to achieve early identification of the transitional needs of clients, including their need for disability assistance. We are establishing a network of operational stress injury clinics across the country with St. Anne's Centre as the clinical lead. Three clinics in addition to St. Anne's have been opened in the last year with good results, in London, Ontario; Winnipeg, Manitoba and Quebec City. These clinics are part of a joint VAC-DND mental health strategy announced in 2002 by the then ministers of the departments. They are affiliated with DND's five operational trauma and stress support centres and our goal is to ensure seamless and consistent treatment and care to both serving and released members.

Other components of the mental health strategy include educational fora and continuing education. We know we need to continually educate our staff and keep them up to speed with changes to services and programs designed to meet the needs of our changing clientele. Therefore, a critical part of our mental health strategy focuses on increasing the capacity of health care providers, and specializing in PTSD and other operational stress injuries. We have done both within the military structure and the civilian medical community.

VAC has also actively supported the establishment by DND of the Operational Stress Injury Social Peer Support Program. This is an interesting program. The peer support program is made up of Canadian Forces members and veterans across the country who have experienced an operational stress injury themselves, and who want to help others heal and recover. DND has established 13 peer support coordinators located across the country and, to date, they have helped more than 1,400 clients. This network uses a large number of volunteers and we have a brochure we will circulate to the members that shows some of the work volunteers

précoce en vue de détecter les problèmes au tout début et ainsi éviter que ne surviennent des situations graves. De plus, nos professionnels de la santé dans les bureaux de district peuvent non seulement intervenir au nom des clients et les aider à recevoir les soins qu'il faut, mais ils peuvent suivre de près leur progrès après un épisode critique.

Nous avons déjà accompli beaucoup et nous comptons certes poursuivre sur notre lancée. J'aimerais vous citer quelques exemples de nos réalisations. Comme je vous l'ai expliqué, nous avons mis en place un service d'aide téléphonique en partenariat avec le MDN et Santé Canada. Comme vous venez de l'entendre, le MDN et ACC ont créé à Ottawa un centre de soins pour les militaires blessés et libérés, les anciens combattants et leurs proches, où ils peuvent obtenir de l'aide plus rapidement. Il leur suffit de composer un numéro 1-800.

ACC et le MDN ont affecté des agents de traitement de cas dans les principales bases du pays afin de cerner de façon précoce les besoins des clients qui quittent la vie militaire, notamment dans les cas où ils souffrent d'une invalidité. ACC s'emploie actuellement à créer un réseau pancanadien de cliniques pour le traitement des traumatismes liés au stress opérationnel et c'est le centre de Sainte-Anne qui le dirige. Les trois cliniques, en plus de celle de l'Hôpital Sainte-Anne, ont ouvert leurs portes l'an dernier et les résultats sont bons, à London en Ontario, à Winnipeg au Manitoba, et à Québec. Ces cliniques s'inscrivent dans une stratégie conjointe pour le traitement des troubles de santé mentale qu'avaient annoncée en 2002 les ministres des Anciens Combattants et de la Défense. Elles sont affiliées aux cinq centres de soutien pour trauma et stress opérationnels du MDN et l'objectif consiste à fournir sans aucune interruption des traitements et des soins de qualité et conséquents aux militaires encore en poste et à ceux qui ont été libérés.

Notre stratégie pour le traitement des troubles de santé mentale compte également diverses autres composantes dont des forums éducatifs et de l'apprentissage continu. Nous savons que nous devons continuellement former notre personnel et le tenir au courant des changements apportés aux services et aux programmes pour répondre aux besoins d'une clientèle en constante évolution. D'ailleurs, notre stratégie en matière de santé mentale repose en partie sur cet objectif — renforcer les capacités des dispensateurs de soins de santé qui se spécialisent dans le syndrome de stress post-traumatique et les autres traumatismes liés au stress opérationnel. Et c'est ce que nous avons fait aussi bien dans la structure militaire que dans la communauté médicale civile.

En outre, ACC a appuyé activement la création par le MDN d'un programme de soutien social par les pairs aux victimes de stress opérationnel. Ce programme d'entraide pancanadien fonctionne grâce à la participation de membres et d'anciens combattants des Forces canadiennes qui ont eux-mêmes souffert de traumatismes liés au stress opérationnel et qui veulent aider leurs collègues à guérir. À l'échelle du pays, le MDN peut actuellement compter sur les services de 13 coordonnateurs de soutien qui, jusqu'à présent, sont venus en aide à plus de 1 400 clients. Ce réseau fait appel à un grand nombre de

do in helping with these peer support coordinators. We conduct research in the area of operational stress injuries and have an excellent partnership with DND and others in this area.

For telemental health, VAC is working with Memorial University School of Medicine in Newfoundland to extend existing telemedicine services to VAC clients through community providers starting in Newfoundland and Labrador. Learning from the Newfoundland experience will facilitate extension of telemental health services to other regions.

Our partnerships in this issue extend beyond our own country's borders. We are working internationally with our partners in the United States, United Kingdom, New Zealand and Australia in a senior international forum to establish international protocols for the prevention, assessment, treatment and follow-up of operational stress injuries. Also, a joint collaborative venture is in progress with the United States Department of Veterans Affairs on education, and we have undertaken a contractual arrangement to expand the World Health Organization Educational Program to include a module on PTSD.

I know I have said a great deal about all that we have done to address the mental health needs of our clients, but we know that there is more that needs to be done. We are committed to improving access to treatment for our clients, improving continuity of care and case management services and expanding the knowledge of qualified service providers, both inside the department and in the community. Working with DND, as Hilary Jaeger has mentioned, and provincial authorities, we hope to achieve an integrated network of support for veterans suffering from operational stress injuries by utilizing our joint resources and ensuring that our medical practitioners follow standard diagnostic and treatment protocols. Good mental health is a critical component in the veteran's successful transition to civilian life.

My remarks that I am tabling contain details concerning our services to the RCMP, but in the interests of time, Mr. Chair, if you agree I will forego those remarks and go to the end. Thank you for inviting me here today.

[Translation]

Senator Pépin: I would like to point out that I have great respect for the Canadian Forces. I have been working with groups of military families for the past four or five years. I am aware of the excellent work that you do.

bénévoles et nous avons des brochures, que nous ferons distribuer aux membres du comité, pour leur montrer certains aspects du travail des bénévoles qui viennent en aide aux coordonnateurs de soutien. Nous menons des recherches sur les traumatismes liés au stress opérationnel et nous entretenons d'excellents liens de coopération avec le MDN et d'autres intervenants dans ce domaine.

Pour ce qui est de la télésanté mentale, ACC travaille avec l'école de médecine de l'Université Memorial, à Terre-Neuve, afin d'élargir les services actuels de télémedecine et de les offrir aux clients d'ACC en commençant par des fournisseurs locaux à Terre-Neuve-et-Labrador. Après l'expérience de Terre-Neuve, nous saurons mieux comment offrir des services de télésanté mentale dans d'autres régions.

Nos partenariats dans ce dossier s'étendent bien au-delà des frontières canadiennes. En effet, nous travaillons aussi avec nos partenaires des États-Unis, du Royaume-Uni, de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie dans le cadre d'un forum international des cadres supérieurs afin d'instituer des protocoles internationaux pour la prévention, l'évaluation, le traitement et le suivi des traumatismes liés au stress opérationnel. De plus, nous avons entrepris un projet de collaboration en éducation avec le département responsable des anciens combattants aux États-Unis et nous avons conclu une entente contractuelle visant à étoffer la trousse éducative de l'Organisation mondiale de la santé afin d'y intégrer un module sur le syndrome de stress post-traumatique.

J'ai longuement parlé de tout le travail que nous avons accompli en vue de répondre aux besoins en santé mentale de nos clients. Mais nous savons que nous avons encore beaucoup à faire. Nous sommes résolus à accroître l'accessibilité des traitements pour nos clients, à assurer une meilleure continuité des soins, à améliorer nos services de gestion de cas et à approfondir les connaissances de nos dispensateurs de services, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du ministère. Notre collaboration avec le MDN, comme Hilary Jaeger l'a mentionné, et les autorités provinciales nous permettra, nous l'espérons, de mettre en place un réseau intégré de soutien aux anciens combattants victimes des traumatismes liés au stress opérationnel. Pour ce faire, nous comptons mettre en commun nos ressources et instaurer des protocoles de diagnostic et de traitement normalisés auxquels seront astreints tous les praticiens concernés. Pour les anciens combattants, la santé mentale est la clé de voûte d'une transition réussie vers la vie civile.

Dans le texte de mon exposé que j'ai déposé, vous trouverez des détails concernant les services que nous offrons à la GRC mais pour gagner du temps, madame la présidente, si vous le voulez bien, je ne les lirai pas et je vais conclure maintenant. Merci de m'avoir invité aujourd'hui.

[Français]

Le sénateur Pépin : Je voudrais vous dire tout le grand respect que j'ai pour les Forces canadiennes. Je travaille depuis quatre ou cinq ans avec des groupes de familles de militaires. Je sais l'excellent travail que vous accomplissez.

You mentioned certain newspaper articles; we are also reading them. Concerning mental illness, it was pointed out that it is important to be able to ask for assistance in the beginning, when symptoms first appear. Of course, we sometimes have the impression that mental illness is rather a taboo subject with the military, one that no one wants to talk about. The perception is that people in the military will not ask for help because they are afraid of losing their jobs. They fear losing their careers. What one reads in the newspapers gives the same impression.

There has been a cultural shift as far as this illness is concerned. You gave us some statistics for people suffering from stress; can a serviceman who has been treated and is recovering come back? If I understand correctly, the majority of them leave the service. Can they return to the army and continue their careers? It would be important.

In the documents that you distributed to us — I thank you for the fact that they are bilingual — it states that 15 per cent of the clients coming out of the Canadian Forces are not collecting a disability pension related to psychiatric problems and yet are reporting related symptoms; and 10 per cent more are showing symptoms.

If they are not receiving a disability pension, how many years of service do they need to be entitled to a disability pension or some other insurance?

You told us that you also deal with the veterans association in the United States; who looks after them? Can they return to their jobs? What happens to the people who leave their jobs and who are not entitled to a disability pension? How many years does it take to be entitled to a disability pension?

[English]

BGen Jaeger: I will try to address your question in an organized fashion. If I conveyed the impression that most of our people who have mental illness issues end up being released, that is not the impression I wanted to convey.

Senator Pépin: It is published in the media.

BGen. Jaeger: That is not the case. The vast majority of people who present with a mental illness receive appropriate treatment and go back to work. They are invisible to everyone else. We would like to have a spokesperson that is willing to stand up and say, "I did that." We have General Dallaire, who has been an eloquent spokesperson for post-traumatic stress disorder and operational stress injury, who did end up having to take his retirement from the Canadian Forces. However, we would like to have a public example who is willing to be a spokesperson from the other side. With confidentiality concerns, we cannot force people to do that. We can only ask for volunteers.

On the question of pensionability, if you are medically released from the Canadian Forces at any point past 10 years of service, you are entitled to an immediate annuity based on the number of years of service, 2 per cent per year of service. If you are released after 16 years of service, it is a 32 per cent pension indexed to the rate of inflation. You are entitled to the Service Income Security

Vous avez mentionné certains articles de journaux et on les regarde également. On a spécifié qu'il est important, pour les maladies mentales, de pouvoir demander de l'aide au début, lorsque la maladie se manifeste. Évidemment, quelques fois on a l'impression que la maladie mentale est un peu tabou chez les militaires, on ne doit pas trop toucher à cela. La perception que l'on a est que les militaires ne vont pas demander de l'aide par peur de perdre leur travail. Ils ont peur pour leur carrière. Ce qu'on lit dans les journaux donne la même impression.

Il y a eu un changement de culture vis-à-vis de cette maladie. Vous nous avez donné des pourcentages de personnes souffrant de stress; pour un militaire qui a été traité et qui se rétablit, peut-il revenir? Si je comprends bien, la majorité va quitter le service. Peuvent-ils revenir dans l'armée et continuer leur carrière? Cela serait important.

Dans les documents que vous nous avez distribués — je vous remercie car ceux-ci sont bilingues — on dit que 15 p. 100 des clients issue des Forces canadiennes ne touchent pas de pension d'invalidité liée à des troubles psychiatriques et signalent des symptômes correspondants; et 10 p. 100 de plus montrent des symptômes.

S'ils ne touchent pas de pension d'invalidité, combien d'années de services cela prend-il pour avoir droit à certaines assurances, pension d'invalidité ou autre?

Vous nous avez dit que vous faites affaire également avec les l'association des vétérans aux États-Unis; qui s'occupe d'eux? Peuvent-ils regagner leur emploi? Qu'arrive-t-il aux personnes qui quittent leur emploi et n'ont pas droit à une pension d'invalidité? Combien d'années cela prend-il pour avoir droit à une pension d'invalidité?

[Traduction]

Le bgén Jaeger : Je vais essayer de répondre à vos questions de façon organisée. Si j'ai donné l'impression que la plupart des militaires qui ont des troubles mentaux sont libérés, ce n'est pas ce que je souhaitais.

Le sénateur Pépin : C'est ce que disent les médias.

Le bgén Jaeger : Ce n'est pas le cas. La vaste majorité des gens qui souffrent de troubles mentaux reçoivent un traitement approprié et réintègrent leurs fonctions. Personne ne s'en aperçoit. Nous aimerions bien que quelqu'un se lève et affirme : « Cela m'est arrivé. » Il y a le général Dallaire, qui est un porte-parole éloquent pour ceux qui souffrent de traumatisme lié au stress opérationnel, mais il a dû prendre sa retraite des forces armées. Toutefois, nous aimerions bien compter sur quelqu'un qui exemplifie l'envers de la médaille. Pour des raisons de confidentialité, on ne peut forcer personne à le faire. On ne peut que demander des volontaires.

Pour ce qui est du droit à la pension, si vous êtes libéré des Forces canadiennes pour raisons médicales après 10 ans de service, vous avez droit immédiatement à une rente suivant le nombre d'années de service, à savoir 2 p. 100 pour chaque année de service. Si vous êtes libéré après 16 ans de service, votre pension est de 32 p. 100 indexée suivant le taux d'inflation. Vous

Insurance Plan, SISIP, which augments that to 75 per cent of your salary but only if you meet their criterion, which is all-occupation disability. It is a stringent disability to meet.

If you make the case with Veterans Affairs that your disability is attributable to military service or has been exacerbated by military service, you will receive a favourable response from their administrators and would be eligible for whatever per cent disability you end up being awarded. Does that answer the question?

Senator Pépin: We see more and more members of the military, and they are so young.

BGen. Jaeger: They are not as young as they used to be.

Senator Pépin: I am seeing cases who are 19 and 20, and when they are coming back from a mission, we know many of them suffer from stress.

Mr. Ferguson: You have raised an important issue for Veterans Affairs Canada. You mentioned our handout that said 15 per cent of Canadian Forces clients without a psychiatric pension reported symptoms consistent with PTSD. This handout was the result of a survey whereby we canvassed Canadian Forces members and ex-Canadian Forces people and we found that 15 per cent of them that had the symptoms of post-traumatic stress disorder but never applied for a pension. That deals with the argument that people use this as a route to get into the pension process. There are at least 15 per cent of them who have never applied.

The other point that many members of the military need assistance for transition into civilian life has been the subject of a major study by the Canadian Forces Veterans Affairs Advisory Committee. That report resulted in the two then-Ministers of Veterans Affairs and National Defence stating that we will look into the recommendations and attempt to figure out an improved re-establishment program, and we are working on that and consulting on it. I would commend that report to the committee because it is relevant to the whole mental health issue, the idea that good mental health is important for re-establishment, and that good re-establishment programming is important for mental health.

Senator Cook: I have two questions. One for Mr. Ferguson: I want to ask you, does the department have a specific program to cover areas of mental health and addiction falling outside the provincial/territorial health plans, and how do you address the needs of your aging population?

For BGen. Jaeger, I want to ask you: Is there a particular reason why members of the Canadian Forces are specifically excluded from the Canada Health Act? Does the Canadian Forces Health Program have a special legislative base? Lastly, have you

avez droit au régime d'assurance-revenu militaire, le RARM, qui bonifie cela à hauteur de 75 p. 100 de votre salaire, mais il faut satisfaire à un certain critère, à savoir l'incapacité générale. C'est assez exigeant.

Si l'on arrive à démontrer au ministère des Anciens combattants que l'incapacité est attribuable au service militaire ou a été aggravée par le service militaire, les administrateurs accueillent favorablement une telle requête et l'intéressé devient admissible à une pension correspondant au pourcentage de son incapacité. Cela répond-il à votre question?

Le sénateur Pépin : De plus en plus, on constate que les militaires sont jeunes.

Le bgen Jaeger : Ils ne sont pas aussi jeunes qu'ils l'étaient auparavant.

Le sénateur Pépin : Je connais des cas de jeunes de 19 et 20 ans qui, revenant de mission, souffrent de stress.

M. Ferguson : Vous avez soulevé un point important du point de vue du ministère des Anciens Combattants. Vous avez cité notre brochure qui signale que 15 p. 100 des clients des Forces canadiennes sans pension psychiatrique exhibaient des symptômes correspondant au SSPT. Cette brochure est parue après une enquête que nous avons menée auprès des membres des Forces canadiennes et des ex-membres des FC et nous avons découvert que 15 p. 100 d'entre eux avaient les symptômes du syndrome de stress post-traumatique mais n'avaient jamais demandé une pension. Cela devrait donc faire taire ceux qui disent qu'on se sert de ce trouble pour obtenir une pension. Au moins 15 p. 100 d'entre eux n'en ont jamais fait la demande.

Le fait que bien des militaires aient besoin d'aide pour faire la transition vers la vie civile a été le sujet d'une étude majeure menée par le Comité consultatif des anciens combattants et des Forces canadiennes. À la suite du rapport, les deux ministres alors en poste, le ministre des Anciens Combattants et le ministre de la Défense nationale, ont affirmé qu'ils retenaient les recommandations et qu'ils essaieraient d'instaurer un programme amélioré de réinsertion et nous procédons actuellement aux consultations en vue de le réaliser. Je recommande aux membres du comité la lecture de ce rapport parce qu'il touche à toute la question de la santé mentale, à la notion qu'une bonne santé mentale est capitale pour la réinsertion, et qu'un bon programme de réinsertion est important pour la santé mentale.

Le sénateur Cook : Je voudrais vous poser deux questions. L'une s'adresse à M. Ferguson. Le ministère dispose-t-il d'un programme précis pour couvrir les troubles mentaux et la toxicomanie que les régimes provinciaux ou territoriaux de soins de santé ne couvrent pas? Comment répondez-vous aux besoins de votre population vieillissante?

Brigadier-général Jaeger, voici ma question : y a-t-il une raison particulière qui explique que les membres des Forces canadiennes soient précisément exclus des dispositions de la Loi canadienne sur la santé? Le Programme de santé des Forces canadiennes

developed any specific policies for mental health services and addiction treatments within the military, or do your members need to go outside the loop to the community at large?

Senator Cochrane: What percentage of the overall members would have these mental health problems? Then, what percentage of those people with mental health problems who have received treatment for that concern — how many of them returned to work, and worked on a normal basis?

I understood that at one time the Veterans Affairs people would get a percentage of the beds in hospital. Do you still do that? If so, perhaps you would elaborate on that. Also, with regard to your mental health issues, perhaps you would do the same thing. How do you get into these institutions? Is there a special number of beds or spaces set aside for veterans affairs?

[Translation]

Senator Gill: What are we supposed to say in French? “Brigadière” or “brigadière-générale?”

BGen Jaeger: “Brigadier-général.”

Senator Gill: There is no problem in English. Some things have always struck me; among others, I always remember the American soldiers who returned from Vietnam. I would like to ask you a question related to this situation. Generally speaking, in Canada, we want our soldiers, our army, to be peacekeepers who build peace and maintain security in the countries where they are deployed.

However, I am a layperson; we continue, nevertheless, to train our soldiers, I imagine, for war. Does that not create certain problems in the Canadian Forces when these service members return — in that they are trained and mandated for peacekeeping, but they are still being trained traditionally for war?

My second question deals with Aboriginals, former members, and veterans. I would like you to take a serious look at this issue, because it is something that concerns me a great deal. I have been told that there are aboriginal veterans who were never recognized as such and who do not receive services as veterans. People have told me this, but I do not have any statistics. I will find those numbers some day. If you could shed some light on that for me, I would be very happy. I have been told that some people who went to war from 1939 to 1945, and others who were older, and whom I knew, were never considered veterans and never managed to receive veterans' pensions.

[English]

The Chairman: I have four questions.

s'appuie-t-il sur des dispositions législatives spéciales? En dernier lieu, avez-vous des politiques précises en ce qui concerne les services de santé mentale et le traitement de la toxicomanie chez les militaires ou demandez-vous à vos patients de s'adresser aux services qui existent dans la communauté en général?

Le sénateur Cochrane : Quel pourcentage des militaires auraient de tels problèmes de santé mentale? Ensuite, quel pourcentage de ceux qui ont des problèmes de santé mentale ont été traités pour ce problème — combien d'entre eux sont retournés au travail et travaillaient de façon normale?

J'ai cru comprendre que les gens d'anciens combattants obtiendraient un pourcentage des lits d'hôpitaux. Est-ce toujours le cas? Si c'est le cas, vous pourriez peut-être nous en parler davantage. Par ailleurs, en ce qui concerne les problèmes de santé mentale dans votre cas, vous pourriez peut-être faire la même chose. Comment avez-vous accès à ces institutions? Y a-t-il un certain nombre de lits ou d'espace réservés pour les anciens combattants?

[Français]

Le sénateur Gill : Est-ce que nous devons dire brigadière en français ou brigadière-générale?

Le bgén Jaeger : Brigadier-général.

Le sénateur Gill : En anglais, il n'y a pas de problème. Il y a des choses qui m'ont toujours frappé, entre autres, cela m'est resté dans la mémoire, ce sont les soldats américains qui sont revenus du Vietnam. Je voudrais vous poser une question reliée à cette situation. Au Canada, règle générale, on veut que nos soldats, que notre armée devienne, en fait, des agents de la paix qui veulent faire la paix et qui veulent garder la sécurité dans les pays où ils sont déployés.

Par contre, je suis un profane, on continue à entraîner quand même nos soldats, j'imagine, à faire la guerre. Cela ne crée-t-il pas certains problèmes dans les Forces canadiennes — dans le sens qu'ils sont entraînés et mandatés pour faire la paix et par contre, on est entraîné encore, disons, d'une façon traditionnelle pour la guerre — au retour de ces militaires?

Ma deuxième question concerne les Autochtones, les retraités, les anciens combattants. J'aimerais qu'on vérifie cette question sérieusement parce que c'est une question qui me préoccupe énormément. On me dit qu'il y a des anciens combattants indiens qui n'ont jamais été reconnus comme tels et qui n'ont pas de service comme anciens combattants. On me l'affirme, mais je n'ai pas de statistique. Un jour, je vais le découvrir. Si vous pouviez m'éclairer là-dessus, je serais très heureux. On me dit que des gens sont allés à la guerre de 1939-1945, et d'autres plus vieux que j'ai connus, qui n'ont jamais été considérés comme des anciens combattants et n'ont jamais réussi à recevoir des pensions d'anciens combattants.

[Traduction]

Le président : J'ai quatre questions.

Mr. Ferguson, we have found out from civilian consumer survivors the huge value that they place on peer support groups. No government anywhere that we can find offers any financial support to peer support groups. In the questionnaire we put on our website — and we got over 500 responses, which is amazing given the way we did it — it was very clear that peer support may be the dominant service that they want to have.

Given the fact that you said you had a brochure, any information that you have, any attempt that you made to evaluate the peer support — we have a dearth of information and we need some help, so anything you have would be great.

The second question is related to that. This is not because we have two Newfoundland senators on the committee. We have been looking for data on telemental health actual experience. Since the only one that has been run is in Newfoundland, at Memorial — am I wrong?

Colonel D. R. Boddam, National Defence: There has been telemental health experience in other parts of the country. Toronto and Hamilton, for example, have engaged in telemental health projects. In addition, a few years ago, I was presenting at the Alberta Psychiatric Association and they had a specific presentation on the Albertan experience.

The Chairman: If you can direct us to where to find that, anything you either have or can tell us where to go would be welcomed.

For the Canadian Forces, in the Statistics Canada survey, I was not surprised when you said that Canadian Forces members tended to avail themselves of services more than their civilian counterparts. My guess is — and you can tell me if I am right or wrong — I believe if they do that, you pay for the service. In other words, where psychologists typically are under an EAP program, it is only six visits a year or something like that. How much of that difference in the percentage is driven by the fact that it is a free service to your members and not a free service to others?

Perhaps there is something that we can learn from the fact that there is not quite the stigma attached to seeking help among your members than there is among the general public? If the latter is true, have your people conducted an education campaign, something that has an impact on stigma, because the broad issue of stigma in the public is enormous. We have had consumer survivors tell us that the stigma they suffered was worse than the mental illness they had in the first place. Depending on what the reason for that is, whether it is money or attitude, it would be helpful for us to understand either of those issues.

Finally, just a comment on your PTSD numbers. I agree that your data shows it is a small number, but one chart you gave us showed that it had gone up by 500 per cent in five years.

Monsieur Ferguson, les survivants consommateurs civils nous ont dit qu'ils accordaient beaucoup de valeur aux groupes de soutien par les pairs. Il n'existe aucun gouvernement qui offre de l'aide financière aux groupes de soutien par les pairs. Dans le questionnaire que nous avons affiché à notre site Internet — et nous avons reçu plus de 500 réponses — ce qui est sensationnel étant donné la façon dont nous l'avons fait — il était très clair que le soutien par les pairs est peut-être le principal service qu'ils veulent avoir.

Étant donné le fait que vous avez dit que vous aviez une brochure, toute information que vous avez, toute tentative que vous avez faite pour évaluer le soutien par les pairs — nous avons peu d'information et nous avons besoin d'aide, de sorte que toute information que vous avez serait appréciée.

Ma deuxième question est liée à celle-ci. Ce n'est pas parce que nous avons deux sénateurs terre-neuviens membres du comité. Nous avons tenté de trouver des données sur l'expérience réelle en télésanté mentale. Le seul programme de télésanté mentale qui existe se trouve à Memorial, Terre-Neuve, n'est-ce pas?

Le colonel D. R. Boddam, Défense nationale : Il y a eu des programmes de télésanté mentale dans d'autres régions du pays. À Toronto et Hamilton, par exemple, il y a eu des projets de télésanté mentale. Par ailleurs, il y a quelques années, j'ai présenté un exposé à l'Alberta Psychiatric Association, et il y avait un exposé spécifique sur l'expérience albertaine.

Le président : Nous vous serions reconnaissants si vous pouviez nous dire où obtenir cette information.

Pour les Forces canadiennes, en ce qui concerne l'enquête de Statistique Canada, je n'étais pas surpris lorsque vous avez dit que les membres des Forces canadiennes avaient tendance à se prévaloir davantage des services que leurs homologues civils. Je suppose — et vous pouvez me dire si j'ai raison ou si j'ai tort — que s'ils font cela, vous payez pour le service. En d'autres termes, dans le cadre du programme d'aide aux employés, ils n'ont droit qu'à six visites par an chez un psychologue, ou quelque chose comme cela. Jusqu'à quel point cette différence dans le pourcentage des gens qui se prévalent de ce service est-elle attribuable au fait que le service est gratuit pour vos membres tandis qu'il ne l'est pas pour les autres?

Nous avons peut-être quelque chose à apprendre du fait que vos membres qui cherchent de l'aide ne subissent pas le même ostracisme que l'on voit dans le reste de la population? Si c'est le cas, est-ce que vous avez fait une campagne de sensibilisation, quelque chose qui a un impact sur l'ostracisme, car dans la population en général, il y a énormément d'ostracisme. Les survivants consommateurs nous ont dit que la stigmatisation dont ils ont souffert était pire que la maladie qu'ils avaient eue au départ. Je ne sais pas si c'est une question d'argent ou d'attitude, mais il serait utile pour nous d'en connaître la raison.

Enfin, j'aimerais faire une observation au sujet des chiffres que vous nous avez donnés au sujet du nombre de victimes du syndrome de stress post-traumatique. Je suis d'accord pour dire

That dramatic an increase, even from a small base, is bound to attract a lot of comment just because it is so escalating.

I should just tell you, on the record, that we had a terrific visit at St. Anne's, and with your chief medical officer there, particularly on the issue of Alzheimer's disease.

If you can answer all of those questions in the seven minutes we have left, that would be great. Seriously, what we will do is have each of you make some brief comments and we will adjourn so that our colleagues have the table for six o'clock, and then you can give us notes. However, we may also have you come back and continue the discussion.

Mr. Ferguson: We provide the same basic approach for aging veterans and for younger veterans with mental health. We have case workers within the department, and we track where they are in the particular development of their illness. If they have a pension condition and they require treatment, we pay for it; and we keep track of the treatments that are made on their behalf. The short answer is that we have a caseworker system and we can provide you with more detail on that, if you would like.

On the Aboriginal veterans, if I may — and I will check to make sure if I missed any in my remarks — we will get back to you.

Senator Cook: The insurance question is the one I was asking. Do you have any specific insurance plans for people who fall outside the territorial/provincial health insurance plans?

Mr. Ferguson: We do not have those at the moment. That has been raised as an issue in the report I referred to earlier. We have received that report, and we are studying it to see what we can do in those areas.

The Chairman: We will send all three of you a transcript so that you can give us the answers.

BGen. Jaeger: I will leave aside the legislative questions. We will send you notes and also copies of all of our policies that underpin mental health services. On the percentage of overall members who have mental health problems, if you take an annual incidence, it is about 15 per cent; if you take a lifetime incidence, then between 30 and 35 per cent will have a diagnosable mental illness. It varies a little bit from component to component.

What percentage of those return to work after treatment? I will ask Col. Boddam to make an educated guess.

que le nombre n'est pas tellement élevé, selon les données dont vous disposez, mais un tableau que vous nous avez donné montre que le nombre de cas avait augmenté de 500 p. 100 en cinq ans. C'est là une augmentation spectaculaire, même s'il y avait peu de cas au départ, et on ne peut passer sous silence une augmentation aussi importante.

Je devrais vous dire, aux fins du compte rendu, que nous avons eu une excellente visite à Sainte-Anne, avec votre médecin chef là-bas, particulièrement en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer.

Si vous pouvez répondre à toutes ces questions dans les sept minutes qui nous restent, ce serait formidable. Sérieusement, ce que nous allons faire, c'est demander à chacun d'entre vous de faire quelques brefs commentaires puis nous lèverons la séance afin de laisser la table à nos collègues pour 18 heures, et vous pourrez ensuite nous donner des notes. Quoi qu'il en soit, nous vous demanderons peut-être de revenir nous voir pour poursuivre la discussion.

M. Ferguson : Nous offrons les mêmes services de base pour les anciens combattants âgés et pour les plus jeunes en matière de santé mentale. Au ministère, nous avons des agents de traitement des cas qui surveillent l'évolution de la maladie. Si ces personnes ont un problème de pension et qu'elles ont besoin de traitement, nous payons pour ces traitements; et nous nous tenons au courant des traitements qu'elles reçoivent. La réponse courte, c'est que nous avons un système d'agents qui s'occupent des cas et nous pouvons vous donner plus de détails à ce sujet, si vous le voulez.

Pour ce qui est des anciens combattants autochtones, si vous me le permettez — et je vérifierai afin de m'assurer de n'oublier personne dans mes observations — nous vous fournirons les renseignements plus tard.

Le sénateur Cook : J'ai posé une question au sujet de l'assurance. Avez-vous des régimes d'assurance spécifiques pour les gens qui ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-santé provinciaux ou territoriaux?

M. Ferguson : Nous n'en avons pas pour le moment. C'est un problème qui a été soulevé dans le rapport dont j'ai parlé précédemment. Nous avons reçu ce rapport et nous l'examinons pour voir ce que nous pouvons faire à cet égard.

Le président : Nous vous enverrons à tous les trois une transcription afin que vous puissiez nous donner une réponse.

Le bgen Jaeger : Je vais laisser de côté les questions législatives. Je vous enverrai des notes et aussi des exemplaires de toutes nos politiques concernant les services de santé mentale. Pour ce qui est du pourcentage de nos membres qui ont des problèmes de santé mentale, si l'on parle de prévalence annuelle, c'est environ 15 p. 100; si l'on parle de prévalence à vie, alors entre 30 et 35 p. 100 auront une maladie mentale pouvant être diagnostiquée. Cela varie un peu d'une composante à l'autre.

Quel pourcentage d'entre eux reviennent au travail après le traitement? Je vais demander au colonel Boddam de vous donner un chiffre approximatif.

Col. Boddam: I would say that a majority of them return to work. As BGen. Jaeger was saying, about 300 CF members per year are released medically for mental health reasons. If you look at 15 per cent of 50,000, then 7,500 people have it. Therefore, only a very small number of people are medically released as a result.

BGen. Jaeger: On the question about role confusion between warrior and peacekeeper, and whether it is causing undue stress, more specific than that is being placed in situations where you feel that you have no power to act. You think ethically you should act, but there are artificial constraints placed upon you. The difference is not necessarily between the warrior culture and the peacekeeper cultures; they are happy to be peacekeepers if they are given the tools they need to influence the system in terms of the right rules of engagement. That is the approach I would take to that, although Col. Boddam is much more qualified to speak on the internal wiring and what goes on in people's thought processes.

We are funding the operational stress injury support network. We pay our peer counsellors; there are also volunteers who do extra work over and above that. I could not tell you that the budget is.

The Chairman: You may have a model that many of the provincial governments ought to think about.

BGen. Jaeger: There is a senior officer in the Canadian Forces charged with organizing that network. He has a small staff and they hire peer counsellors who are veteran survivors.

Mr. Ferguson: We had the co-manager here with us today.

BGen. Jaeger: In terms of people availing themselves of our service, yes, we do better than the civilian stream; but our data would suggest that about half of the people who do have issues are not coming forward to seek help, so we are still working on that. Is there a stigma? There is less than there used to be, but I am concerned that we are creating a two-tiered category of mental illness. It is perhaps acceptable to have an operational stress injury or PTSD; it is not acceptable to have ordinary depression in the military. We are working hard to get past that perception. It is almost a badge of honour to have OSI, or operational stress injury, but you are just weak if you have depression. We have to work hard to have a single approach to all our mental health issues.

The Chairman: Let me add one last question. I am troubled by the fact — I think Col. Boddam said — that you release roughly 300 people yearly for mental illness reasons. They go into a civilian system that is abysmal. In many ways, they would get better treatment if they stayed in the military. Maybe I cannot ask you this, but I would like to know what sort of obligations you think you ought to have — as opposed to legally have — to look after those people once they have gone? In a sense, if their

Le col Boddam : Je dirais que la majorité d'entre eux retournent au travail. Comme le brigadier-général Jaeger l'a dit, chaque année, environ 300 membres des Forces canadiennes sont libérés pour raisons de santé mentale. Si on prend 15 p. 100 de 50 000, cela représente 7 500 membres. Par conséquent, seul un tout petit nombre de gens sont libérés pour de telles raisons médicales.

Le bgén Jaeger : Pour ce qui est de la confusion entre le rôle de guerrier et celui de soldat de la paix, et la question de savoir si cela cause un stress excessif, un problème encore plus spécifique, c'est se retrouver dans des situations où on a l'impression d'être impuissant. Sur le plan éthique, on estime devoir agir, mais il y a des contraintes artificielles qui font qu'on ne peut le faire. La différence n'est pas nécessairement entre la culture d'un guerrier et celle d'un soldat de la paix; ils sont heureux d'être des soldats de la paix si on leur donne les outils dont ils ont besoin pour influencer le système pour ce qui est des règles d'engagement appropriées. Voilà l'approche que j'adopterais à cet égard, bien que le colonel Boddam soit beaucoup plus qualifié que moi pour parler des rouages du cerveau.

Nous finançons le programme de soutien aux victimes de stress opérationnel. Nous payons nos pairs qui agissent en qualité de conseillers; il y a aussi des bénévoles qui font du travail en plus de tout cela. Je ne pourrais pas vous dire à combien s'élève le budget.

Le président : Vous avez peut-être un modèle que bon nombre de gouvernements provinciaux devraient songer à adopter.

Le bgén Jaeger : Il y a un officier supérieur des Forces canadiennes qui a la responsabilité d'organiser ce réseau. Il a une petite équipe et il embauche des pairs qui agissent comme conseillers et qui sont des anciens combattants survivants.

M. Ferguson : Le cogestionnaire était ici avec nous aujourd'hui.

Le bgén Jaeger : Pour ce qui est des gens qui ont recours à notre service, oui, nous faisons mieux que la filière civile; mais nos données donnent à penser qu'environ la moitié des gens qui ont des problèmes ne viennent pas demander de l'aide. Nous continuons donc de travailler là-dessus. Y a-t-il de la stigmatisation? Moins qu'avant, mais je crains qu'on ne soit en train de créer deux catégories de maladies mentales. Peut-être est-il acceptable de souffrir de traumatisme lié au stress opérationnel ou de SSPT mais il n'est acceptable de souffrir de dépression ordinaire dans l'armée. Nous travaillons dur pour faire disparaître cette perception. C'est presque une distinction de souffrir de traumatisme lié au stress opérationnel mais vous êtes une mauviète si vous souffrez de dépression.

Le président : J'aimerais poser une dernière question. Je suis troublé du fait que — c'est le colonel Boddam qui l'a dit, je crois — vous libérez environ 300 personnes par année pour des raisons de maladie mentale. Ces personnes se retrouvent dans un système civil épouvantable. À bien des égards, elles obtiendraient de meilleurs traitements si elles restaient dans l'armée. Je ne peux peut-être pas vous poser la question, mais à votre avis, quelles devraient être nos obligations — par rapport à celles que la loi

mental illness had in any way been related to being employed by you, there is a moral obligation, if not a legal one. I would ask you to think about that.

Col. Boddam: You are asking a huge question. This is, in fact, one of the reasons we have set up a project to work with VAC. For those people who have sustained a mental injury as a result of their employment, we wish to work together to be able to provide that continuity in a seamless way, from where they start to get care to when they become civilians.

The Chairman: The point I am making is that if someone was under stress and had heart trouble, he would get good care on the outside. If someone has a mental problem, he will not get good care on the outside.

Col. Boddam: That is a fair statement because we are dependent upon the civilian system once the person exits from us. Many of our practitioners have private practices or work in the civil sector as well, so sometimes they are able to get in; but we see that as a huge gap that we wish we had some sort of magic wand to address.

BGen Jaeger: We have a group of people called case managers who start working with our people once we know that they are most likely to be released. About six months ahead of time, they start looking, combing the civilian world —

The Chairman: Looking for help.

BGen Jaeger: Looking for services to help them transition out.

The Chairman: I thank you for coming. We will have you back.

Senators, before we leave, I need a quick motion for an \$8,000 amount in our legislative budget. It turns out that with respect to the E-consultation item in the motion we put through before, I did not name the firm that is involved. It is a firm called Ascension, which has been picked by the Library of Parliament, not us.

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: The motion is passed. Thank you.

The committee adjourned.

nous impose — quand il s'agit de s'occuper de ces personnes une fois qu'elles sont parties? Si leur maladie mentale est liée d'une manière quelconque à leur travail chez vous, il y a sinon une obligation juridique du moins une obligation morale qui existe. J'aimerais que vous y réfléchissiez.

Le col Boddam : Vous posez là une question énorme. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles nous avons créé un projet en collaboration avec Anciens Combattants Canada. Pour ceux qui ont subi un préjudice psychologique par suite de leur emploi, nous voulons travailler ensemble pour être capables de fournir cette continuité des traitements, à partir du moment où ils commencent à recevoir des soins jusqu'à celui où ils retournent à la vie civile.

Le président : Là où je veux en venir, c'est que si quelqu'un souffrait de stress et a eu des troubles cardiaques, il va recevoir des soins de qualité rendu au civil; s'il a des problèmes psychologiques, ce ne sera pas le cas.

Le col Boddam : C'est vrai parce que nous dépendons du système civil une fois que le militaire nous a quitté. Beaucoup de nos médecins ont des cabinets privés ou travaillent aussi dans le civil, si bien qu'ils peuvent parfois avoir accès à leurs soins; mais il y a un énorme fossé que nous aimerions bien pouvoir combler d'un coup de baguette magique.

Le bgén Jaeger : Nous avons des chargés de cas qui commencent à travailler avec nos gens dès que nous savons qu'ils seront sans doute libérés. Six mois à l'avance, ils commencent à chercher, passent le monde civil au peigne fin...

Le président : À la recherche d'aide.

Le bgén Jaeger : À la recherche de services pour les aider à opérer la transition.

Le président : Je vous remercie d'être venus. Nous allons vous réinviter.

Mesdames et messieurs les sénateurs, avant de partir, il faut adopter rapidement une motion pour obtenir un montant de 8 000 \$ dans notre budget législatif. Il se trouve qu'en ce concerne les cyberconsultations dans la motion que nous avons déjà adoptée, je n'ai pas donné le nom de l'entreprise visée. Elle s'appelle « Ascension », et a été choisie par la Bibliothèque du Parlement et non par nous.

Des voix : Adoptée.

Le président : La motion est adoptée. Merci.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Treasury Board Secretariat:

Phil Charko, Assistant Secretary, Pension and Benefits Division.

Correctional Service Canada:

Dr. Françoise Bouchard, Director General, Health Services;

Dr. Michael Bettman, Acting Director General, Offender Programs and Reintegration.

Citizenship and Immigration Canada:

Dr. Sylvie Martin, Acting Director, Immigration Health Program Elaboration.

National Defence:

Brigadier-General Hilary F. Jaeger, Surgeon General;

Colonel D. R. Boddam.

Veterans Affairs Canada:

Brian Ferguson, Assistant Deputy Minister, Veteran Services Branch.

TÉMOINS

Secrétariat du Conseil du Trésor :

M. Phil Charko, secrétaire adjoint, Division des avantages sociaux.

Service correctionnel Canada :

Mme Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé;

M. Michael Bettman, directeur général intérimaire, Programmes pour délinquants et réinsertion sociale.

Citoyenneté et Immigration Canada :

Dre Sylvie Martin, directrice intérimaire, Élaboration du programme de santé de l'immigration.

Défense nationale :

Le brigadier-général Hilary F. Jaeger, conseillère médicale;

Le colonel D. R. Boddam.

Anciens combattants du Canada :

Brian Ferguson, sous-ministre adjoint, Services aux anciens combattants.





First Session
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Thursday, February 24, 2005

Issue No. 9

First and only meeting on:
Bill S-18, An Act to amend the Statistics Act

INCLUDING:
THE EIGHTH REPORT OF THE COMMITTEE
(Bill S-18, An Act to amend the Statistics Act)

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
trente-huitième législature, 2004-2005

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président :
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le jeudi 24 février 2005

Fascicule no 9

Première et seule réunion concernant :
Le projet de loi S-18, Loi modifiant la Loi sur la statistique

Y COMPRIS :
LE HUITIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Projet de loi S-18, Loi amendant la Loi sur la statistique)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL
AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C. (or Rompkey, P.C.)	Gill Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(or Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, P.C.	Trenholme Counsell

*Ex officio members

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to the rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Keon was substituted for that of the Honourable Senator Comeau (*February 24, 2005*).

The name of the Honourable Senator Comeau was substituted for that of the Honourable Senator Keon (*February 24, 2005*).

The name of the Honourable Senator Cordy was substituted for that of the Honourable Senator Milne (*February 24, 2005*).

The name of the Honourable Senator Milne was substituted for that of the Honourable Senator Cordy (*February 23, 2005*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon
et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P. (ou Rompkey, C.P.)	Gill Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(ou Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, C.P.	Trenholme Counsell

* Membres d'office

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité :

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

Le nom de l'honorable sénateur Keon est substitué à celui de l'honorable sénateur Comeau (*24 février 2005*).

Le nom de l'honorable sénateur Comeau est substitué à celui de l'honorable sénateur Keon (*24 février 2005*).

Le nom de l'honorable sénateur Cordy est substitué à celui de l'honorable sénateur Milne (*24 février 2005*).

Le nom de l'honorable sénateur Milne est substitué à celui de l'honorable sénateur Cordy (*23 février 2005*).

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* for Wednesday, February 2, 2005:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Milne, seconded by the Honourable Senator Losier-Cool, for the second reading of Bill S-18, An Act to amend the Statistics Act.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

The Bill was then read the second time.

The Honourable Senator Milne moved, seconded by the Honourable Senator Gill, that the bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The question being put on the motion, it was adopted.

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du mercredi 2 février 2005 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Milne, appuyée par l'honorable sénateur Losier-Cool, tendant à la deuxième lecture du projet de loi S-18, Loi modifiant la Loi sur la statistique.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu la deuxième fois.

L'honorable sénateur Milne propose, appuyé par l'honorable sénateur Gill, que le projet de loi soit renvoyé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, February 24, 2005
(14)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 11:04 a.m., this day, in room 705, Victoria Building, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Comeau, Cook, Gill, Kirby, Milne, Pêpin and Trenholme Counsell (8).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 2, 2005, the committee began its examination of Bill S-18, An Act to amend the Statistics Act.

WITNESSES:

Statistics Canada:

Dr. Ivan P. Fellegi, Chief Statistician of Canada.

Office of the Privacy Commissioner of Canada:

Ms. Jennifer Stoddart, Privacy Commissioner;

Mr. Raymond D'Aoust, Assistant Privacy Commissioner.

Ivan Fellegi and Jennifer Stoddart each made a statement. Together the witnesses answered questions.

It was agreed that the committee move to clause-by-clause consideration of Bill S-18.

It was agreed that the title stand postponed.

The Honourable Senator Comeau moved that Bill S-18, be amended in clause 1 on page 1, by replacing line 8, with the following:

“between 1910 and 1918 is no longer subject to”.

The question being put on the motion in amendment of the Honourable Senator Comeau, it was negatived.

It was agreed that clause 1 carry on division.

It was agreed that clause 2 carry on division.

It was agreed that the title carry.

It was agreed that Bill S-18 be adopted, on division.

It was agreed that the Chair report the Bill.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le jeudi 24 février 2005
(14)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 4, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Comeau, Cook, Gill, Kirby, Milne, Pêpin et Trenholme Counsell (8).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de recherche, et Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 2 février 2005, le comité entreprend son examen du projet de loi S-18, Loi modifiant la Loi sur la statistique.

TÉMOINS :

Statistique Canada :

M. Ivan P. Fellegi, statisticien en chef du Canada.

Commissariat à la protection de la vie privée du Canada :

Mme Jennifer Stoddart, commissaire à la protection de la vie privée;

M. Raymond D'Aoust, commissaire adjoint à la protection de la vie privée.

Ivan Fellegi et Jennifer Stoddart font une déclaration et répondent aux questions.

Il est convenu que le comité procède à l'étude article par article du projet de loi S-18.

Il est convenu de reporter l'étude du titre.

L'honorable sénateur Comeau propose que le projet de loi S-18 soit modifié à l'article 1, page 1, en remplaçant la ligne 8 par ce qui suit :

« les articles 17 et 18 cessent de s'appliquer... entre 1910 et 1918 ».

La motion d'amendement, mise aux voix, est rejetée.

Il est convenu d'adopter l'article 1 avec dissidence.

Il est convenu d'adopter l'article 2 avec dissidence.

Il est convenu d'adopter le titre.

Il est convenu d'adopter le projet de loi S-18, avec dissidence.

Il est convenu que le président fasse rapport du projet de loi.

At 12:01 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

À 12 h 1, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTEST:

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Monday, March 7, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

EIGHTH REPORT

Your Committee, to which was referred Bill S-18, An Act to amend the Statistics Act has, in obedience to the Order of Reference of Wednesday, February 2, 2005, examined the said Bill and now reports the same without amendment.

Respectfully submitted,

Le président,

MICHAEL KIRBY

Chair

RAPPORT DU COMITÉ

Le lundi 7 mars 2005

Le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

HUITIÈME RAPPORT

Votre Comité, auquel a été déféré le Projet de loi S-18, Loi amendant la Loi sur la statistique a, conformément à l'ordre de renvoi du mercredi 2 février 2005, examiné ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Respectueusement soumis,

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, February 24, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill S-18, to amend the Statistics Act, met this day at 11:04 a.m. to give consideration to the bill.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: We have with us today, Dr. Ivan Fellegi, the Chief Statistician of Canada, and Jennifer Stoddart, the new Privacy Commissioner of Canada. This is your first appearance before us, am I right?

Ms. Jennifer Stoddart, Privacy Commissioner, Office of the Privacy Commissioner of Canada: Last year, I appeared before this committee on amendments to the Health Act.

The Chairman: That is exactly right.

Each of you has given us a written presentation. Because the committee has more than a modest amount of familiarity with this bill in its previous incarnations, I will be delighted if you will be mercifully short.

I will now turn to Dr. Fellegi, and then Ms. Stoddart.

Dr. Ivan P. Fellegi, Chief Statistician of Canada, Statistics Canada: This bill may be old, but it is not like an old soldier, fading away. It really does need to be dealt with because there is a census coming up. The ambiguity that is the characteristic of the current legal situation really needs to be resolved prior to the census, so that we can communicate to Canadians the conditions under which the next census will be taken and so that their responses can be given accordingly.

I will simplify my opening statement and make just a few points. First of all, how does this bill differ from the one that was previously in front of you? It differs in two main respects. In principle, it is really very similar. In its broad outline, it is very similar. However, two provisions have changed. The previous bill contained a clause that provided that historical past censuses had a period of 92 years to 112 years in which the treatment of historical census records and public access to them was different from what it was to be under that bill after 112 years. One hundred twelve years after the event, unrestricted access; 92 to 112 years — I am talking about past census — there were some conditions of the access. Those conditions under this bill are now removed. Hence, under this Bill, all historic census records, 92 years after the event, would be made accessible to the public without restriction.

That is one change.

There is no change whatsoever with respect to future censuses. To me, that is a very important provision. Hence, informed consent is at the heart of the decision that people will make with

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 24 février 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, auquel est renvoyé le projet de loi S-18, Loi modifiant la Loi sur la statistique, se réunit aujourd'hui à 11 h 4 pour en faire l'examen.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Nous accueillons aujourd'hui M. Ivan Fellegi, statisticien en chef du Canada, et Mme Jennifer Stoddart, la nouvelle commissaire à la protection de la vie privée du Canada. C'est la première fois que vous comparez devant notre comité, n'est-ce pas?

Mme Jennifer Stoddart, commissaire à la protection de la vie privée, Commissariat à la protection de la vie privée du Canada : J'ai comparu l'an dernier devant le comité au sujet des modifications à la Loi sur la santé.

Le président : C'est vrai.

Vous nous avez tous les deux remis un mémoire, mais comme le comité connaît déjà assez bien le projet de loi de par les versions antérieures qui ont été présentées, j'apprécierai beaucoup que vous soyez brefs.

Je vais céder la parole à M. Fellegi, ensuite à Mme Stoddart.

M. Ivan P. Fellegi, statisticien en chef du Canada, Statistique Canada : Le projet de loi est peut-être vieux, mais contrairement à un vieux soldat, il n'a rien perdu de sa vigueur. À vrai dire, cette mesure législative doit être adoptée étant donné le recensement en perspective. Il faut vraiment lever l'ambiguïté qui caractérise la situation juridique actuelle avant d'entreprendre le recensement, de sorte que nous puissions préciser aux Canadiens les conditions dans lesquelles le prochain recensement sera effectué et qu'ils puissent répondre aux questions en conséquence.

Je vais simplifier ma déclaration préliminaire et soulever seulement quelques éléments. D'abord, en quoi ce projet de loi diffère-t-il de celui dont votre comité a déjà été saisi? Deux caractéristiques principales le distinguent. En principe, il est vraiment très semblable dans ses grandes lignes. Cependant, deux dispositions ont changé. Le projet de loi précédent contenait une disposition indiquant que pour une période comprise entre 92 et 112 ans, le traitement des dossiers tirés de recensements antérieurs et l'accès du public à ces dossiers étaient différents de ce que prévoyait ce projet de loi après 112 ans. Cent douze ans après l'événement, accès sans conditions; 92 à 112 ans — je parle des recensements antérieurs — accès assorti de conditions. Dans le projet de loi actuel, ces conditions ne tiennent plus. Ainsi, en vertu du projet de loi que vous étudiez, tous les dossiers tirés de recensements antérieurs, soit 92 ans après l'événement, seront accessibles au public sans restrictions.

Voilà pour un premier changement.

Il n'y a absolument rien de changé en ce qui concerne les recensements futurs. Pour moi, c'est là une disposition très importante. Ainsi donc, le consentement éclairé est au cœur de la

respect to the eventual — that is, 92 years after the next few censuses, 92 years after the event they will be made access to the public, if they consent that it should be. We cannot go back and ask people in past censuses, but we can do so for the future. Informed consent can be built in from now on, but it could not be retroactively.

The last way in which there is a difference between this bill and what you had previously before you is the review by Parliament after the next two censuses. We will have some experience — we can see how it works, what problems may arise, and they can be reviewed.

That is the first general point.

The second category of points I wanted to make is to emphasize that, like the first Bill, this is a compromise. There are conflicting interests that needed to be reconciled, and I think they were successfully reconciled. First of all, we have to keep in mind that a census is a statistical undertaking, and statistical undertakings depend on public trust. I was terribly anxious, still am, and I am convinced if this bill does it, that the public trust in Statistics Canada, and our confidentiality promise needs to be preserved for everybody's sake. We would not have it for statistical purposes or genealogical or historical purposes if people do not trust us to give the information in confidence to Statistics Canada. That is the first interest.

The second interest is historians, genealogists and those who want to have access. Their interests are also well looked after in this compromise. There is public access provided, 92 years after the event, for all past historical census records, unrestricted. There is a change there from the previous version, as I mentioned.

Second, the trust element that I mentioned serves everybody well, genealogists, historians, and so on, because it continues to make the census both available and reliable for the future.

Third, the built-in review will enable everybody to look for and find and make changes after the next two censuses if there are problems with either the consent provisions or how it is administered or whatever.

Last, but not least, I have committed previously, and I still am committed, to work with all stakeholders to give effect and to encourage Canadians to declare themselves in favour of sharing their census records 92 years after the event.

décision que les gens prendront en ce qui concerne le recensement éventuel — c'est-à-dire 92 ans après les prochains recensements, 92 ans après l'événement, les dossiers seront mis à la disposition du public, si les gens y consentent. On ne peut pas retourner en arrière et demander l'autorisation des gens au sujet de recensements déjà effectués, mais on peut le faire pour l'avenir. À partir de maintenant, le consentement éclairé peut être intégré à la loi, mais cette disposition ne peut avoir d'effet rétroactif.

Le dernier point qui diffère entre le projet de loi à l'étude et celui que vous avez déjà étudié, c'est l'examen effectué par le Parlement après les deux prochains recensements. Nous aurons acquis une certaine expérience — nous pourrions voir comment les choses fonctionnent, quels problèmes se posent, et nous pourrions y remédier.

Voilà pour le premier élément général.

En ce qui concerne la deuxième série de points que je veux soulever, je tiens à dire que, comme le premier projet de loi, il s'agit d'un compromis. On devait concilier certains intérêts contradictoires, et je pense qu'on y est parvenu. D'abord, il faut se rappeler qu'un recensement est une opération statistique, et que les opérations statistiques sont tributaires de la confiance du public. J'étais terriblement inquiet, et je le suis encore, mais je suis convaincu que si le projet de loi gagne la confiance du public à l'égard de Statistique Canada et à l'égard de notre promesse de préserver la confidentialité des renseignements, nous répondrons aux vœux de tout le monde. Nous n'atteindrons pas nos objectifs à des fins statistiques, généalogiques ou historiques si les gens ne nous font pas confiance et ne donnent pas l'information à Statistique Canada. Voilà pour les premiers intéressés.

Les autres intéressés sont les historiens, les spécialistes de la généalogie et tous ceux qui veulent avoir accès aux données du recensement. Leurs intérêts sont également bien pris en compte dans ce compromis. Il est prévu que le public peut avoir accès, 92 ans après l'événement, à tous les dossiers de recensements antérieurs, et ce, sans conditions. Comme je l'ai dit, c'est là un changement par rapport à la version antérieure.

Deuxièmement, l'élément de confiance dont j'ai parlé sert bien tout le monde, spécialistes de la généalogie, historiens et autres, parce que la garantie de confidentialité fera en sorte que les données du recensement seront à la fois disponibles et fiables demain.

Troisièmement, le mécanisme d'examen intégré permettra à tout le monde de demander, de déceler et d'effectuer des changements après les deux prochains recensements s'il y a des problèmes soit avec les dispositions relatives au consentement, soit dans la façon dont le recensement est effectué, ou peu importe.

Dernier élément, mais non le moindre, je me suis engagé antérieurement, et je n'ai pas changé d'idée, à travailler avec tous les intervenants pour donner effet à ce projet de loi et pour encourager les Canadiens à se dire d'accord pour que les données de leurs recensements soient accessibles 92 ans après la tenue du recensement.

I deeply believe in privacy, and I think this compromise provides for safeguards in that respect. It provides for a positive choice, not a negative choice. People have to say, yes, I agree. If they do not say anything, their information will not be released 92 years later. In other words, if it is blank, we take the answer as no. People can change their mind between the census date and 92 years later at any time and we will give effect to those changes. Finally, the review provisions built into the act would provide an opportunity to make changes should it be necessary for administration or the provisions in this act.

The bill is as good as it can be, given the conflicting interests. It is a reasonable attempt, and I certainly fully support, in fact, urge, that the legal ambiguity be removed before the next census.

[Translation]

Ms. Stoddard: We would like to draw your attention to two points for your study of Bill S-18. First, we support the initiative to make census records public after 92 years. After several evaluations of what is being done internationally, we determined that such a period of time would be an appropriate and reasonable standard for Canada. It represents an average of the longer and shorter periods retained in other countries. We recognize the fact that the information must remain confidential for only a certain length of time because, in many respects, its public and historic dimensions could be useful to citizens.

[English]

The second point is the issue of the consent provisions. In our prepared statement, we referred to the Minister of Industry and Commerce talking about Canadians having the right to decide for themselves if they want their personal census records to be made publicly available in the future. This is a very noble and appropriate concept. Of course, consent is central to our notion of privacy. We applaud the fact, given that the censuses are increasingly moving to asking questions that are, perhaps, increasingly personal, that we build in a consent provision.

We point out in our remarks that engineering a consent provision in the context of administering a census to millions of Canadians is a challenge. We raise some of the issues involved in that, and we tell you in our statement of the work that we have done with Statistics Canada over the last months in order to ensure that the consent provisions are appropriately presented to Canadians so that the consent is as strong as it can be in the circumstances of administering a census to a large segment, if not literally all of the population. We refer you to Census Canada for

Je crois fermement à la protection de la vie privée, et j'estime que ce compromis offre des garanties à cet égard. On peut ainsi faire un choix positif et non le contraire. Les gens doivent donner leur accord. Sinon, les renseignements qui les concernent ne seront pas rendus publics 92 ans plus tard. Autrement dit, si les gens ne remplissent pas la case, on suppose qu'ils disent non. En plus, les gens peuvent changer d'idée entre la date du recensement et 92 ans plus tard et leur décision sera respectée. Enfin, le mécanisme d'examen intégré à la loi permettra d'y apporter des changements s'ils s'avèrent nécessaires pour l'application de cette loi ou pour certaines de ses dispositions.

Compte tenu des intérêts divergents, le projet de loi ne saurait être plus efficace. Il constitue une tentative raisonnable visant à supprimer l'ambiguïté juridique avant le prochain recensement. J'appuie, j'encourage même fortement la suppression de cette ambiguïté.

[Français]

Mme Stoddard : Nous aimerions attirer votre attention sur deux points pour l'étude du projet de loi S-18. Premièrement, nous appuyons l'initiative de rendre publics les dossiers de recensement après 92 ans. Après plusieurs vérifications à l'échelle internationale, nous avons jugé que cette période constituait une norme appropriée et raisonnable pour le Canada. Elle représente une juste moyenne par rapport à celle d'autres pays qui varie de plus longue à plus courte. Nous reconnaissons le fait que les renseignements doivent demeurer personnels pour une période donnée seulement puisque à maints égards, leurs dimensions publique et historique peuvent s'avérer utiles pour les citoyens.

[Traduction]

La deuxième question concerne les dispositions relatives au consentement. Dans notre mémoire, nous avons cité le ministre de l'Industrie et du Commerce qui fait mention des Canadiens qui ont le droit de décider pour eux-mêmes s'ils veulent que leurs données personnelles tirées du recensement soient rendues publiques à l'avenir. Voilà un concept des plus nobles et des plus appropriés. Bien sûr, le consentement est essentiel à notre conception de protection de la vie privée. Nous nous en réjouissons, compte tenu du fait que les recensements posent de plus en plus de questions qui sont peut-être plus personnelles, et c'est pourquoi nous avons inséré une disposition sur le consentement.

Nous soulignons dans notre mémoire qu'établir une disposition sur le consentement dans le contexte d'un recensement mené auprès de millions de Canadiens relève du défi. Nous soulevons certains des problèmes que cela pose, et nous abordons le travail que nous avons fait avec Statistique Canada au cours des derniers mois pour nous assurer que les dispositions sur le consentement sont correctement présentées aux Canadiens : il faut que le consentement soit aussi solide que possible si on considère qu'un recensement est effectué auprès d'un vaste

the details of how best to do that, as they are the experts in building census questionnaires.

In closing, honourable senators, I would say that we support this bill. We urge you to go ahead with this. This matter has been much debated, I understand, and there is a certain importance in bringing the debate to a close. We are given the challenge of making the census questionnaire, in the practical experience, conform to the principle of informed consent. We are encouraged by the fact that there will be a review after this census, there will be a review after the other census, and we have an ongoing working relationship with Statistics Canada in order to try to make the consent provisions as strong as possible within the census context.

The Chairman: I should like to ask Dr. Fellegi one question, and then I will turn to Senator Comeau. As I understand it, the timing on getting this bill through makes a difference to you in the sense that you cannot print the census questionnaires for this year until this is finished. Am I correct on that? Can you explain to me what the linkage is between this bill and the census?

Mr. Fellegi: It is not so much the printing. The key issue is to clarify the legal regime under which the census will be taken before Canadians are asked to fill that in.

Senator Comeau: A great amount of pressure has been placed on me to back down on some of the concerns that I have expressed on this bill. My patriotism has been questioned, my motivations have been questioned, and a number of other things have been questioned. However, what I have been trying to do all along is my job. I have a responsibility, as an opposition member, to uphold the trust that was placed in me when I was placed in this position. One of those responsibilities was to look at the limitations of government policy and to point these out to the best of my ability. Therefore, I approach the subject from that matter.

The first question would be to Dr. Fellegi. Your name, Dr. Fellegi, is all over the document. I have the census form here, but it is all over the document. I will not read the whole thing, but it does say that these census forms are to develop plans for education, for daycare, for producing statistical tables, and so on. It goes on to state that "these uses are strictly for statistical purposes" and that "no one outside the agency can have access to your identifiable information." I will not read everything, but it also goes on to say that, by law, "Statistics Canada must protect the confidentiality of the personal information you provide. Our employees, including census takers, are personally liable to fines or imprisonment should they break the confidentiality of the information." It is signed by you, the Chief Statistician of Canada.

segment de la population, sinon à la population dans son ensemble. Nous vous conseillons de consulter Recensement Canada pour connaître les détails sur le meilleur moyen d'y parvenir, ce sont eux les spécialistes de la rédaction des questionnaires du recensement.

En conclusion, honorables sénateurs, nous appuyons le projet de loi. Nous vous exhortons à l'adopter. La question a fait l'objet de nombreux débats, je le comprends, et il est, dans une certaine mesure, important de mettre un terme à ces discussions. Nous devons nous assurer que le questionnaire du recensement respecte, dans la réalité, les principes du consentement éclairé. Nous sommes heureux de constater qu'il y aura un examen après le prochain recensement et après le suivant, et nous sommes en constantes communications avec Statistique Canada pour que les dispositions sur le consentement soient les plus solides possible dans le contexte du recensement.

Le président : J'aimerais poser une question à M. Fellegi, ensuite je céderai la parole au sénateur Comeau. D'après ce que je comprends, l'adoption de ce projet de loi est importante pour vous, en ce sens que vous ne pouvez pas imprimer le questionnaire du recensement pour cette année tant que le projet de loi n'aura pas été adopté. Est-ce bien cela? Pouvez-vous m'expliquer le lien qui existe entre le projet de loi à l'étude et le recensement?

M. Fellegi : Ce n'est pas tellement une question d'impression. Le principal problème, c'est de préciser le régime juridique en vertu duquel le recensement sera effectué avant que les Canadiens soient invités à répondre aux questions.

Le sénateur Comeau : On m'a fortement exhorté à me rétracter au sujet de certaines réticences que j'ai exprimées à propos du projet de loi. Mon patriotisme a été remis en question, mes motivations, pour ne nommer que ces éléments. Cependant, ce que j'ai essayé de faire pendant tout ce temps, c'est mon travail. J'ai la responsabilité, en tant que membre de l'opposition, de préserver la confiance qui m'a été accordée lorsqu'on m'a nommé sénateur, et l'une de ces responsabilités consiste à examiner les limites de la politique gouvernementale et de les faire ressortir au mieux de ma compétence. Par conséquent, c'est de ce point de vue que j'aborde la problématique.

Ma première question s'adresse à M. Fellegi. Monsieur Fellegi, votre nom est partout dans le document d'accompagnement. J'ai ici le formulaire du recensement, et votre nom est partout. Je ne vais pas le lire au complet, mais on y précise que les données du recensement servent à élaborer des programmes pour l'éducation, les garderies, à produire des tableaux statistiques, et ainsi de suite. On précise ensuite que les données seront strictement utilisées à des fins statistiques et que personne, sauf Statistique Canada, ne peut avoir accès à vos renseignements personnels. Je ne vais pas tout lire, mais on poursuit aussi en disant que, selon la loi, Statistique Canada doit protéger la confidentialité des renseignements personnels que vous fournissez et que les employés, y compris les recenseurs, peuvent faire l'objet d'amendes ou de peines d'emprisonnement s'ils ne respectent pas la confidentialité de l'information. Et le document est signé par vous, le statisticien en chef du Canada.

If you look at the 1918 secrecy provisions of the Census Act, there is no question that there is no ambiguity whatsoever. I do not think I need to repeat them to you. You probably know them quite well. How can you then turn around and come back before us here this morning, after those promises that have you have made that you would keep those provisions, and say there is a legal ambiguity. There is no legal ambiguity, sir. It is there in the bill. What is ambiguous about “no person other than a person employed or deemed to be employed under this act and sworn to section 6 shall be permitted to examine any identifiable individual return made for the purposes of this act”?

Mr. Fellegi: Perhaps, I may make a half serious comment to begin with. My signature was not on the 1918 census, although at one point I said jokingly that I had been Chief Statistician since Confederation.

Senator Comeau: I will accept that.

Mr. Fellegi: I shared your view, and I acted on that belief. That was the advice we had received from the Department of Justice until some years ago — although I do not remember the exact date that it was changed. I received a clear change of perspective from the Department of Justice.

Senator Comeau: This is the same Department of Justice that pursued a former Prime Minister for eight years and, finally at the end of eight years, turned around and said that it had made a mistake. This is the same Department of Justice that went after the Pearson group — an individual group — with a law that would have taken away their right to access the courts to protect them.

Mr. Fellegi: It was not only the Department of Justice. We had a blue ribbon panel appointed by the minister and its members were non-political.

Senator Comeau: Their ruling was for the time up to the 1918 census, if I recall. They said that, if the minister wanted a change in public policy, he would have to bring in a law to change this public policy, because the law said no.

Mr. Fellegi: It was their view that there was probably no legal ambiguity at all until 1918, and that following 1918 there was a legal ambiguity, which they advised should be resolved by means of an amendment.

Senator Comeau: Do you deeply believe, after the promise you made on these census forms — and you have not been signing them since 1918, obviously — the promise that I read to you was ambiguous as to the meaning of the law?

Mr. Fellegi: No. I certainly deeply believed at the time when I made those statements and signed my name to them that the law provided no ambiguity. That was my belief. I was clearly wrong — I am not a lawyer; I am a statistician. I was advised by very knowledgeable people, not only in the Department of Justice but on the blue ribbon panel appointed by then Minister Manley, that there was probably no ambiguity, that probably we should just

Si vous regardez les dispositions sur le secret que renferme la Loi sur le recensement de 1918, il est évident qu'il n'y a pas d'ambiguïté. Je ne crois pas avoir besoin de vous les répéter. Vous les connaissez probablement assez bien. Comment pouvez-vous changer d'idée et revenir devant nous ce matin, après nous avoir promis de conserver ces dispositions, et nous dire qu'il y a ambiguïté sur le plan juridique? Il n'y a pas ambiguïté sur le plan juridique, monsieur. C'est écrit noir sur blanc dans le projet de loi. Où se trouve l'ambiguïté quand on dit que « nul, si ce n'est une personne employée ou réputée être employée en vertu de la présente loi et qui a été assermentée en vertu de l'article 6, ne peut être autorisé à prendre connaissance d'un relevé fait pour l'application de la présente loi »?

M. Fellegi : Peut-être me permettez-vous d'abord un commentaire à demi sérieux. Ma signature n'a pas été apposée sur le recensement de 1918, même si j'ai déjà dit, en blague, que je suis statisticien en chef depuis la Confédération.

Le sénateur Comeau : Je suis d'accord avec vous.

M. Fellegi : J'étais d'accord avec vous, et j'ai agi en conséquence. C'est l'avis que nous donnait le ministère de la Justice jusqu'à il y a quelques années — bien que je ne me souvienne pas de la date exacte à laquelle les choses ont changé. Le ministère de la Justice m'a fait part d'un point de vue totalement différent.

Le sénateur Comeau : C'est le même ministère de la Justice qui a poursuivi un ancien premier ministre pendant huit ans pour, finalement, se raviser et dire que le ministère avait commis une erreur. C'est le même ministère de la Justice qui a poursuivi le groupe Pearson — un groupe individuel — en vertu d'une loi qui aurait privé ce groupe du droit d'accéder aux tribunaux pour se défendre.

M. Fellegi : Ce n'était pas seulement le ministère de la Justice. Il y avait un panel de spécialistes nommés par le ministre, panel dont les membres n'étaient pas des politiques.

Le sénateur Comeau : La décision du ministère concernait la période précédant le recensement de 1918, si je me souviens bien. On a dit que si le ministre voulait changer la politique gouvernementale, il devait déposer un projet de loi à cet effet, parce que la loi interdisait une telle mesure.

M. Fellegi : Le ministère estimait qu'il n'y avait probablement aucune ambiguïté juridique jusqu'en 1918, et qu'après cette date, il y avait ambiguïté juridique, ambiguïté qui, à son avis, devait être levée à l'aide d'une modification à la loi.

Le sénateur Comeau : Croyez-vous vraiment, après la promesse que vous avez faite dans ces formulaires de recensement — et bien sûr, vous ne les signez pas depuis 1918 — que la promesse que je vous ai lue est ambiguë aux yeux de la loi?

M. Fellegi : Non. Je croyais certainement à l'époque où j'ai fait ces déclarations et apposé ma signature au bas des formulaires, que la loi ne contenait aucune ambiguïté. C'est ce que je croyais. J'avais évidemment tort — je ne suis pas avocat, je suis statisticien. J'ai été conseillé par des gens très compétents, non seulement au ministère de la Justice, mais par le panel d'experts nommés par le ministre d'alors, M. Manley, et on m'a dit qu'il n'y

release data prior to 1918, and that for the years from 1918 on there is an ambiguity that would be best resolved by an amendment.

Senator Comeau: I will not dwell on that any longer. Having made that unambiguous promise, which, I believe, you repeat two or three times in the statistics document, you say that if someone does not respond to the document, they can face a penalty — be thrown in jail or be fined, although I am not certain of the exact words. Mr. Fellegi, you will have to go back to Canadians and tell them that through all the years they were filling out the census forms and reading your promise that promise was not worth the paper it was written on because we have now changed that promise. This is the new promise we now make to you, whatever that might be. This confidentiality is only as good as that provided by the next batch of politicians that come along and break this 92-year promise and make it a 50-year or 25-year promise — because Parliament can do what it wants to do.

The Chairman: Senator Comeau, I cannot resist saying — with some humour — that given our efforts to get Bill S-18 before the house, no other Parliament would want to become bogged down in this mess again.

Senator Comeau: That is easy for you to say right now.

The Chairman: I understand that, but I could not resist, given all the time we have spent on it.

Mr. Fellegi: I can only say that, when I signed my name to that promise, as did all my predecessors — some of whom I knew, not all of them — I did so in good conscience and with the full understanding of the law as I understood it and as they were advised to understand it at the time. The fact remains that they were wrong. There is an ambiguity that they were not aware of.

Senator Comeau: That is akin to confessing sins to a priest under an ambiguous confessional rule to not repeat what he has heard and then the priest saying that the Pope has changed his mind and that, as such, the priest can tell the world everything that he has heard.

There is a certain trust that must be established between the one who wants the information, explaining the purpose and that it will be confidential, and the one who responds. What you are doing today, sir, is saying that, even though you promised, you were wrong all those years, having been told by some lawyers.

Mr. Fellegi: Senator, we are all subject to the law, and we can only do the best job that we can with our understanding of that law. If this bill were not brought forward or if it were not passed

avait probablement pas d'ambiguïté, que nous devrions probablement seulement transmettre les données qui datent d'avant 1918, mais que pour la suite, après 1918, il y a ambiguïté qui devrait être préférablement éliminée par une modification de la loi.

Le sénateur Comeau : Je ne vais pas m'attarder là-dessus plus longtemps. Après avoir fait cette promesse ambiguë que vous répétez deux ou trois fois dans le document de statistiques, je crois, vous dites que si une personne ne répond pas aux questions du document, elle peut s'exposer à une sanction — une peine d'emprisonnement ou une amende, mais je ne suis pas certain des termes exacts. Monsieur Fellegi, vous allez devoir dire de nouveau aux Canadiens que pendant toutes ces années, ils ont rempli des questionnaires de recensement et lu votre promesse, vous allez leur dire que cette promesse ne valait pas le papier sur lequel elle était écrite parce que nous avons changé cette promesse. Voici la nouvelle promesse que nous vous faisons, peu importe ce qu'elle est. Cet aspect de confidentialité tiendra jusqu'à l'arrivée du prochain groupe de politiques qui viendront rompre cette promesse de 92 ans, pour la ramener à 50 ou 25 ans — parce que le Parlement peut faire ce qu'il veut.

Le président : Sénateur Comeau, je ne peux résister à vous dire — avec un brin d'humour — que compte tenu de nos efforts pour renvoyer le projet de loi S-18 au Sénat, aucune autre législature ne voudrait s'enliser à nouveau dans ce bourbier.

Le sénateur Comeau : C'est facile pour vous de dire cela actuellement.

Le président : Je le comprends, mais je ne pouvais pas résister, compte tenu de tout le temps que nous avons passé à examiner cette question.

M. Fellegi : Tout ce que je peux dire, c'est que lorsque j'ai signé mon nom au bas de cette promesse, comme l'ont fait tous mes prédécesseurs — j'en connais certains, mais pas tous — je l'ai fait de bonne foi en comprenant bien la loi telle que je la comprenais, et telle qu'on a demandé à ces gens-là de la comprendre à l'époque. Le fait demeure qu'ils avaient tort. Il y a ambiguïté dont ils n'étaient pas conscients.

Le sénateur Comeau : C'est comme avouer ses péchés à un prêtre selon une règle ambiguë de confession qui le contraint à ne rien répéter de ce qu'il a entendu et qu'ensuite, le prêtre dise que le pape a changé d'idée et qu'il peut dévoiler au monde tout ce qu'il a déjà entendu.

Il y a une certaine confiance qui doit s'installer entre la personne qui veut de l'information, qui explique le but de sa requête en précisant que cela sera confidentiel, et la personne qui répond aux questions. Ce que vous nous dites aujourd'hui, monsieur, c'est que même si vous avez fait une promesse, vous aviez tort pendant toutes ces années, d'après ce que vous disaient certains avocats.

M. Fellegi : Sénateur, nous sommes tous assujettis à la loi, et nous ne pouvons faire mieux qu'en fonction de notre compréhension de cette loi. Si le projet de loi actuel n'avait pas

in some form, then there would be a high probability that this case would go before the courts, which would make a ruling that might or might not have the same balance that we are trying to achieve.

Senator Comeau: That is fine; I have no problem with that. If the law is ambiguous such that the law says this can be released after 92 years, then by all means, take it to court. I believe in the decisions of the court. I submit to you that there is nothing ambiguous in this bill. Our predecessors were not —

Mr. Fellegi: — very knowledgeable experts. I cannot engage in that discussion because I am not a lawyer.

Senator Comeau: Fine. We will see what kind of promise you make from now on.

Ms. Stoddart, in your testimony, you refer to the ambiguity in the document. Do you really believe that there is ambiguity in the law and in what the Chief Statistician wrote down as promises of confidentiality?

Ms. Stoddart: Honourable senator, I am not familiar with the particular document you quoted from and which Dr. Fellegi and you discussed.

Senator Comeau: You should have read it, prior to commenting on it. I refer to the census forms.

Ms. Stoddart: Yes, I have read that.

In my remarks, honourable senator, I was referring to Bill S-18, the matter now before us. I was drawing to the honourable senator's attention the operational challenge of obtaining consent from Canadians. That is our contribution to this particular initiative.

Senator Comeau: Senator Milne indicated some weeks ago that your office had advised her that you supported the bill. Is that correct?

Ms. Stoddart: I do not know who communicated with Senator Milne, but I have —

Senator Milne: Mr. Chairman, if I may add something.

The Chairman: Let the witness finish her comment.

Ms. Stoddart: I have been examining this bill for several months. We have examined it, we support the principle, we support the bill, and we support the principle of consent. We, as specialists in the protection of personal information, want to draw the Senate's attention to the issue of how the consent is obtained. It is that that we have been discussing with Statistics Canada for the last month.

Senator Comeau: Do you support the bill?

Ms. Stoddart: We support the bill.

Senator Comeau: The bill says that a promise was made that the documents would not be released. This bill says that the information can be released after 92 years. I believe you said in your comments that it becomes historical after 92 years. Why is

été déposé ou s'il n'était pas adopté sous une forme ou sous une autre, il est alors fort probable que la cause serait soumise aux tribunaux, que ces derniers rendraient une décision qui ne serait peut-être pas aussi équilibrée que celle que nous essayons de prendre actuellement.

Le sénateur Comeau : Très bien. Ça me va. Si la loi est ambiguë au point qu'elle dise que les données peuvent être publiées après 92 ans, alors, qu'on la soumette aux tribunaux. Je crois aux décisions du tribunal. Moi je vous dis qu'il n'y a aucune ambiguïté dans le projet de loi. Nos prédécesseurs n'étaient pas...

M. Fellegi : ... des experts. Je ne peux pas m'engager dans cette discussion parce que je ne suis pas avocat.

Le sénateur Comeau : Très bien. Nous allons voir quel genre de promesse vous faites maintenant.

Madame Stoddart, dans votre témoignage, vous faites référence à l'ambiguïté que l'on décèle dans le document. Croyez-vous vraiment qu'il y a ambiguïté dans la loi et aux promesses de confidentialité qu'a faites le statisticien en chef?

Mme Stoddart : Honorables sénateurs, je ne connais pas bien le document que vous avez cité et dont M. Fellegi et vous avez discuté.

Le sénateur Comeau : Vous auriez dû le lire avant de le commenter. Je fais référence aux formulaires du recensement.

Mme Stoddart : Oui, j'ai lu ce document.

Dans mes observations, honorable sénateur, je faisais référence au projet de loi S-18, projet de loi dont le comité est saisi actuellement. J'attirais l'attention de l'honorable sénateur sur les difficultés administratives à obtenir le consentement des Canadiens. C'est notre contribution à cette initiative particulière.

Le sénateur Comeau : Le sénateur Milne a indiqué il y a quelques semaines que votre bureau l'avait avisée que vous étiez en faveur du projet de loi. Est-ce exact?

Mme Stoddart : Je ne sais pas qui a communiqué avec le sénateur Milne, mais j'ai...

Le sénateur Milne : Monsieur le président, me permettez-vous d'ajouter quelque chose?

Le président : Laissez le témoin finir son commentaire.

Mme Stoddart : J'examine ce projet de loi depuis plusieurs mois. Nous l'avons étudié, nous en endossons le principe, nous appuyons le projet de loi, et nous sommes en faveur du principe du consentement. Nous, en tant que spécialistes de la protection des renseignements personnels, voulons attirer l'attention du Sénat sur la question de savoir comment le consentement est obtenu. C'est de cela dont nous discutons avec Statistique Canada depuis un mois.

Le sénateur Comeau : Êtes-vous en faveur du projet de loi?

Mme Stoddart : Oui.

Le sénateur Comeau : Dans le projet de loi, on fait la promesse que les documents ne seraient pas rendus publics. Le projet de loi dispose que l'information peut être communiquée après 92 ans. Je crois que vous avez dit dans vos commentaires que les données du

92 the magic number? Why is it not 50 or 25 years? At what point would you say that a document that was not to be released would become releasable?

Ms. Stoddart: That is obviously an arbitrary date.

Senator Comeau: You are the Privacy Commissioner. You are telling us that a document that was confidential can be released after 92 years. I would like your opinion. You are the Privacy Commissioner.

Ms. Stoddart: I said in my remarks that we looked at the various studies that have been prepared in preparation for this bill, notably the blue ribbon committee report. We were persuaded by the fact that, if you look at international standards for determining when personal information becomes public in a census context, if I remember correctly, it ranges from about 70 to 100 years.

Senator Comeau: Which jurisdictions did you look at?

Ms. Stoddart: In the blue ribbon panel document, I believe it was the United States, Great Britain, and possibly Australia and New Zealand.

Senator Comeau: You are aware that the U.S., Great Britain and Australia do have a limitation in their acts. In other words, when someone signs the statistics forms, and puts in the information, there is a date in there. I forget just what the dates are in the case of the U.S., but when people fill in the form they know there is a limitation. It is in their laws and on their forms — “This will be released in X-number of years.” In Canada, that is not the case.

Ms. Stoddart: My understanding, honourable senators, is that because of the problems of the Canadian censuses and the difficulty in interpreting the release dates of the censuses after 1918, Bill S-18 is an attempt to do just that, to set a standard date and to move to a system in which, when Canadians give their personal information, they consent to give it, understanding clearly the conditions under which and the time period in which it will be made public. That is my understanding of what this bill attempts to do, and that is why we support it.

Senator Comeau: That is fine, if henceforth the bill says that information will be released after 92 years, if you provide consent. What about those people who, between 1918 and 2004, released information under the provisions that it would be kept secret? What about those people? I am one of them who did complete my census form, quite patriotically, as we are supposed to. I wrote in the information to the best of my ability, and truthful information, which is what Dr. Fellegi is looking for.

recensement revêtent un caractère historique après 92 ans. Pourquoi ce chiffre magique de 92? Pourquoi pas 50 ou 25 ans? À quel moment, à votre avis, un document qui ne doit pas être rendu public peut-il l'être?

Mme Stoddart : C'est une date de toute évidence arbitraire.

Le sénateur Comeau : Vous êtes la commissaire à la protection de la vie privée. Vous êtes en train de nous dire qu'un document qui était confidentiel peut être rendu public après 92 ans. J'aimerais avoir votre avis. Vous êtes la commissaire à la protection de la vie privée.

Mme Stoddart : J'ai dit dans mes observations que nous avons examiné les diverses études réalisées en prévision du dépôt du projet de loi, notamment le rapport du comité d'experts. Nous avons été persuadés par le fait, si vous regardez les normes internationales permettant de déterminer quand des renseignements personnels deviennent publics dans le contexte d'un recensement, si je me souviens bien, que la période est d'environ 70 à 100 ans.

Le sénateur Comeau : Quels pays avez-vous examinés?

Mme Stoddart : Dans le rapport du comité d'experts, je crois que c'étaient les États-Unis, la Grande-Bretagne, peut-être l'Australie et la Nouvelle-Zélande aussi.

Le sénateur Comeau : Vous savez que les États-Unis, la Grande-Bretagne et l'Australie ont effectivement imposé une limite dans leurs lois. Autrement dit, lorsque quelqu'un signe le formulaire de statistiques, et donne l'information, il y a une date d'inscrite. Je ne me souviens pas exactement des dates pour les États-Unis, mais lorsque les gens remplissent le formulaire, ils savent qu'il y a une limite. C'est dans leurs lois et c'est écrit dans leurs formulaires — « Cette information sera rendue publique dans tant d'années ». Ce qui n'est pas le cas au Canada.

Mme Stoddart : D'après ce que je comprends, honorables sénateurs, c'est à cause des problèmes que posent les recensements canadiens et la difficulté d'interpréter les dates de publication des données du recensement après 1918, et c'est exactement ce que vise le projet de loi S-18, c'est-à-dire établir une date standard et adopter un système dans le cadre duquel, lorsque les Canadiens fournissent des renseignements personnels, ils consentent à ce qu'ils soient publiés, en comprenant clairement les conditions dans lesquelles cela se fait et la période après laquelle ils seront rendus publics. D'après ce que je comprends, c'est ce que le projet tente de faire et c'est pourquoi nous l'appuyons.

Le sénateur Comeau : C'est très bien, si le projet de loi stipule que les renseignements seront rendus publics après 92 ans et si on y donne son consentement. Mais qu'advient-il des gens qui, entre 1918 et 2004, ont accepté de donner des renseignements en vertu de dispositions précisant qu'ils devaient être gardés secrets? Qu'advient-il de ces gens? Je suis parmi ceux qui ont effectivement rempli leur questionnaire de recensement, de façon bien patriotique, comme on doit le faire. J'ai donné l'information au meilleur de ma connaissance, une information honnête, ce que souhaite M. Fellegi.

However, 1918 to 2004, that can be released in 92 years. The promise that was made to me as a Canadian is being broken by this bill.

Are you as the Privacy Commissioner concerned about that?

Ms. Stoddart: I am concerned by that, Senator Comeau, but in being concerned one has to look at the remedy to these kinds of concerns and the series of public issues that have to be weighed.

We seem to have some kind of anomaly in that there was a clearer process for the release of censuses up to a certain time, and then we kind of hit the situation that seemed to be unforeseen. That is my understanding of the situation. The legislator did not foresee this, and so all of a sudden we came into this grey area in which, through a series of different legislative initiatives, the issue of what date any ultimate release would be contemplated and the information it would give to Canadians was not addressed.

This is the debate that I gather has been going on for several years now.

Senator Comeau: I submit to you, with all due respect, Madam Privacy Commissioner, that it was addressed. Either our predecessors in 1918 forgot to put in a best-before date, or they did it on purpose. I do not know what their motivation was, but it was addressed. Basically, it says that these will not be released. It was a secret; it was to be kept by our Canada's chief statistician, forever. That is what it was.

Whether it was a mistake or not, let me continue. Now you are telling us that it was grey. Reread the document, Madam Privacy Commissioner, and I stress the word "privacy." You are the top official of the land on this subject.

Let us continue then. If you say that there are grey areas, and that it can be released even though a promise was made, at what point does a document become releasable? Why 92 years? If, for example — God forbid — a 9/11 were to happen in Canada and there is a clamour for information, can you imagine the amount of information the security forces could access through these census forms respecting people's nationality, ethnic origin, and religious origin? You are saying that 92 years is fine. What about the person who comes along and says that 10 years is fine? Where do you fit here, Madam Privacy Commissioner?

Ms. Stoddart: I said in conjunction with the 92-year standard that Canada has gone one step further, that it has added the dimension of consent, which, as I recall, not all societies give their citizens. Hence, what is interesting about the project before you is that no longer does it just suggest a clear principle, a temporal

Cependant, les données fournies entre 1918 et 2004 peuvent être rendues publiques dans 92 ans. Le projet de loi à l'étude vient donc briser cette promesse qui m'a été faite en tant que Canadien.

En tant que commissaire à la protection de la vie privée, est-ce que cela vous préoccupe?

Mme Stoddart : Oui, sénateur Comeau, mais en pareils cas, il faut examiner le remède à ce genre de préoccupations ainsi que les divers enjeux publics qui doivent entrer dans la balance.

Il semble y avoir une certaine anomalie, en ce sens que le processus était plus clair pour ce qui est de la divulgation des recensements jusqu'à un moment donné, et ensuite, on se retrouve dans la situation qui semblait ne pas avoir été prévue. C'est ce que je comprends. Le législateur n'a pas prévu le coup et soudain, on entre dans cette zone grise dans laquelle, malgré une série d'initiatives législatives différentes, on n'a pas réglé la question de la date de publication ultime ni quelle information donner aux Canadiens.

Je crois que c'est le débat qui fait rage depuis plusieurs années maintenant.

Le sénateur Comeau : Je vous dis, avec tout le respect que je vous dois, madame la commissaire, que cette question a été réglée. Ou bien nos prédécesseurs en 1918 ont oublié de mettre une date de péremption, ou bien ils ont agi à dessein. Je ne connais pas leurs motivations, mais la question a été réglée. Essentiellement, on dit que ces données ne seront pas rendues publiques. C'était un secret; ces données devaient être gardées par le statisticien en chef du Canada pour toujours. Voilà ce qui en était.

Que cela ait été une erreur ou non, permettez-moi de poursuivre. Maintenant vous êtes en train de nous dire que c'est une zone grise. Vous devriez relire le document, madame la commissaire à la protection de la vie privée, et j'insiste sur le mot « privée ». Vous êtes la principale responsable du pays en cette matière.

Continuons alors. Si vous dites qu'il y a des zones grises, et que les renseignements peuvent être rendus publics même si on a promis de ne pas le faire, à quel moment un document devient-il susceptible d'être rendu public? Pourquoi 92 ans? Si, par exemple — Dieu nous protège — des événements comme ceux du 11 septembre devaient se produire au Canada et que l'on réclame de l'information, pouvez-vous imaginer la quantité de renseignements que les forces de sécurité pourraient obtenir dans ces formulaires de recensement concernant la nationalité des gens, leur origine ethnique et religieuse? Vous dites que 92 ans est une période acceptable. Qu'advient-il de la personne qui prétend que c'est une période de 10 ans qui est acceptable? Que faites-vous en pareil cas, madame la commissaire à la protection de la vie privée?

Mme Stoddart : En ce qui concerne la norme de 92 ans, j'ai dit que le Canada avait franchi un pas de plus, qu'il a ajouté la dimension de consentement que n'accordent pas toutes les sociétés à leurs citoyens, d'après mon souvenir. Donc, ce qui est intéressant au sujet du projet de loi dont le comité est saisi, c'est

limit for the release of personal information, it introduces the notion of consent for release.

Senator Comeau: Is the consent promise then as good as Mr. Fellegi's promise that we have been having over the years, that it is only as good as the current batch of parliamentarians on the Hill?

Secondly, the question of consent, all of these forms over the years and in the future, obviously, are signed by one individual, especially if an individual, the head of the family, prepares and signs the form on behalf of other family members. What about the privacy of these individuals, who never even got the opportunity to know what the head of the family had indicated on the forms?

Ms. Stoddart: Exactly, senator, and that is what I mention in my remarks. The question of operationalization, putting into operation these consent provisions, is a challenging question, and we have raised these issues with the Statistics Canada. They have made, I think, one change to the form — because of the very issue that you are raising. Historically, the legal concept of head of family was extant; in family law, this concept has been replaced by other concepts. Hence, who can answer for whom is a question, in a society of equality rights, we pay more attention to.

The census questionnaire technique has to adapt to this. Who can legally consent for me? One important change has already been made. I believe there are indications, for example, if you cannot or have not obtained consent, leave it blank. Of course, there is the question of minor children, who find themselves on census forms without consenting and so on.

We are in new territory, I would think.

Senator Comeau: You are our Privacy Commissioner and we depend on you. From what I am hearing, I am not all that secure.

Mr. Fellegi: The issue of how we get and how we ensure consent is very important. We try to build the maximum security into that process by the following steps. First of all, our proposed wording of the instruction to complete this particular question about the consent is as follows: "The Statistics Act guarantees the confidentiality of your census information. Only if you mark yes to this question will your personal information be made public 92 years after the 2006 census. If you mark no or leave the answer blank, your personal information will never be made publicly available. If you are answering on behalf of other people, please consult each person."

The question is then asked: "Does this person agree?" It is not whether you agree on his behalf, but whether this person to whom the information relates agrees.

Senator Comeau: That is whistling past the graveyard.

qu'il ne propose plus simplement un principe clair, une limite temporelle pour la publication de renseignements personnels, mais il introduit la notion de consentement en prévision de la publication des données.

Le sénateur Comeau : Dans ce cas, est-ce que la promesse de consentement est aussi valable que celle que M. Fellegi nous fait depuis des années, à savoir qu'elle est valable tant que le groupe de parlementaires actuels sera sur la Colline?

Deuxièmement, pour ce qui est du consentement, tous les formulaires au fil des ans et à l'avenir, de toute évidence, sont signés par une personne en particulier, soit le chef de famille, qui remplit et signe le formulaire au nom de tous les autres membres de la famille. Qu'advient-il de la confidentialité des données de ces personnes, qui n'ont même jamais pris connaissance de ce que le chef de famille a indiqué sur les formulaires?

Mme Stoddart : Tout à fait, sénateur, et c'est ce que je dis dans mes observations. L'application de ces dispositions sur le consentement est une question difficile, et nous en avons fait part à Statistique Canada. Je pense que Statistique Canada a apporté un changement au formulaire — à cause de ce problème que vous soulevez actuellement. Le concept juridique de chef de famille a toujours existé; en droit de la famille, ce concept a été remplacé par autre chose. Ainsi, qui peut répondre pour qui est une question, dans une société de droits à l'égalité, à laquelle nous accordons plus d'attention.

La technique d'élaboration du questionnaire du recensement doit s'adapter à cette réalité. Qui peut donner légalement un consentement à ma place? Un changement important a déjà été apporté. Je crois qu'il y a des indications, par exemple, si vous ne pouvez obtenir consentement ou n'avez pas obtenu le consentement, vous laissez la case en blanc. Bien sûr, il y a la question des enfants mineurs, qui se retrouvent sur le formulaire de recensement sans y avoir consenti, et ainsi de suite.

Je dirais que nous sommes en nouveau pays de connaissance.

Le sénateur Comeau : Vous êtes notre commissaire à la protection de la vie privée et nous comptons sur vous. D'après ce que j'entends, je ne suis pas du tout rassuré.

M. Fellegi : La question de savoir comment obtenir et assurer le consentement est très importante. Nous essayons d'inclure le maximum de sécurité à ce processus à l'aide des étapes suivantes. Premièrement, le libellé proposé pour les directives sur la façon de répondre à cette question particulière sur le consentement est le suivant : « La Loi sur la statistique garantit la confidentialité de vos renseignements. Seulement si vous indiquez oui à cette question, vos renseignements personnels seront rendus publics 92 ans après le recensement de 2006. Si vous indiquez non ou si vous laissez la case en blanc, vos renseignements personnels ne seront jamais rendus publics. Si vous répondez au nom de quelqu'un d'autre, veuillez consulter chaque personne. »

Ensuite on pose la question suivante : « Cette personne est-elle d'accord? » On ne dit pas que vous acceptez en son nom, mais si cette personne à qui l'information s'applique est d'accord.

Le sénateur Comeau : C'est faire comme si de rien n'était.

Mr. Fellegi: I do not believe so, but this is a matter, obviously, of honest opinion differences.

The last safeguard is that a person who believes consent was given on his or her behalf that he or she does not share can change it, any time between the time of the census and 92 years later. We are undertaking in public to make a commitment to change that provision. If that provision is changed from negative to positive or from blank to positive, or in any direction, or from positive to negative, that is the one that will be given effect 92 years after the census date.

Senator Callbeck: I have a brief question respecting the consent provision. There must be other countries that use this. Is the rate of people that would consent to allowing the information to be public high or low? What are the figures from other countries?

Mr. Fellegi: As the Privacy Commissioner mentioned, in this respect Canada is going beyond what most other countries are doing. Most other countries do not have an informed consent provision. There is an informed consent provision in New Zealand, I think, and in Australia. The rate of consent is somewhere in the 60 per cent range. However, that is without the kind of cooperation and publicity that we are undertaking to provide, working hand in hand with the National Archivist and his office.

In the Canadian context, I really do expect that the consent rate will be much higher. We have been successful in getting Canadians to consent to share their health information, which is a great deal more sensitive, not just with Statistics Canada itself under the confidentiality provisions but with provincial ministries of health, in over 90 per cent of the cases where we attempted to get such consent. As I say, this is in a context that relates to much more confidential information. We do not have experience, but I am confident that the rate will be high.

Senator Callbeck: I see where the expert panel on access to historical census records that was established for the minister in 1999 did not recommend individual consent be sought for future releases of records. Why was that?

Mr. Fellegi: I do not remember that part of the report, frankly. I take your word for it; I am not debating the point. I just do not remember that aspect of their report.

Certainly, a great deal of water flowed under the bridge since the time that report was written, with a great deal of discussion and a great attempt to find compromises. Like any compromise — and I made that same comment when I was here in connection with Bill S-13 — it cannot be defended on first principles, because competing interests have to be squared. We were trying to satisfy a variety of interests in putting forward this bill.

M. Fellegi : Je ne crois pas, mais c'est là, de toute évidence, une question de différences d'opinions honnêtes.

La dernière protection est qu'une personne qui croit savoir que le consentement a été donné en son nom, et qui n'est pas d'accord, peut s'opposer au consentement entre le moment où le recensement a été effectué et 92 ans plus tard. Nous nous engageons en public à changer cette disposition. Si cette disposition est modifiée de la négative à la positive ou de l'espace blanc à la réponse positive, ou dans quelque direction que ce soit, ou de la positive à la négative, elle prendra effet 92 ans après la date du recensement.

Le sénateur Callbeck : J'aimerais poser une brève question concernant la disposition relative au consentement. Il doit y avoir d'autres pays qui l'utilisent. Est-ce que le pourcentage de personnes qui consentent à ce que l'information soit rendue publique est élevé ou faible? Quels sont les chiffres pour les autres pays?

M. Fellegi : Comme l'a précisé la commissaire à la protection de la vie privée, à cet égard, le Canada va au-delà de ce que la plupart des autres pays font actuellement. La majorité d'entre eux n'ont pas de disposition sur le consentement éclairé. Le taux de consentement se situe dans les 60 p. 100. Cependant, c'est sans compter le type de coopération et de publicité que nous entreprenons de faire, en travaillant main dans la main avec l'archiviste national du Canada et son bureau.

Dans le contexte canadien, je crois vraiment que le taux de consentement sera beaucoup plus élevé. Nous avons réussi à amener les Canadiens à consentir à ce que les renseignements sur leur santé, qui sont beaucoup plus délicats, soient transmis non seulement à Statistique Canada en vertu des dispositions sur la confidentialité, mais aux ministères provinciaux de la Santé dans plus de 90 p. 100 des cas où nous avons tenté d'obtenir un tel consentement. Comme je l'ai dit, il s'agit d'un contexte où il y a beaucoup plus de renseignements confidentiels. Nous n'avons pas d'antécédent, mais je crois que le taux sera élevé.

Le sénateur Callbeck : Je constate que le panel d'experts sur l'accès aux dossiers historiques de recensement qui a été établi pour le ministre en 1999 n'a pas recommandé le consentement individuel pour les communications ultérieures de dossiers. Pourquoi?

M. Fellegi : Je ne me souviens pas de ce volet du rapport, honnêtement. Je prends votre parole. Je ne conteste pas cette question. Je ne me souviens tout simplement pas de cet aspect du rapport.

Certes, beaucoup d'eau a coulé sous les ponts depuis la rédaction de ce rapport, il a provoqué beaucoup de discussions et de nombreuses tentatives pour trouver des compromis. Comme tout compromis — et j'ai fait le même commentaire lorsque j'ai comparu devant le comité au sujet du projet S-13 — il ne peut être défendu sur les principes de base, parce que des intérêts contradictoires doivent être pris en compte. Nous tentons actuellement de satisfaire à divers intérêts dans le cadre du projet de loi à l'étude.

Senator Trenholme Counsell: I certainly have questions and concerns about the issues of privacy and consent.

Mr. Fellegi, you just said that you have had good success with respect to people giving permission for the release of health information. Would that be adult by adult by adult, each person signing?

Mr. Fellegi: Yes, it would be, in the case of the health information.

Senator Trenholme Counsell: This is clearly very different. One person is signing this form for all members of the household. I do not understand why there would not be a requirement for adults to sign individually. If a household has X-number of adults in it, is it appropriate or is it right under the law for one person to sign for other adults? I do not think I have ever heard of anything like that. I am not a lawyer, and I am new to this committee, but I cannot see how in law one person can sign for others.

There should be a provision such that dependent children would have a chance to sign. The only thing I question is the legality and appropriateness of this. You have just indicated the situation with respect to health records, but I do not think it is same. Someone cannot sign for me about my health records as long as I have my own ability to sign for myself.

Mr. Fellegi: I was answering a different question.

Senator Trenholme Counsell: It is the principle. You used that as an example.

Mr. Fellegi: I was trying to make a different point using an example. The point I was making was why I believe consent will be given by a high proportion of Canadians. That is because, in a different and much more sensitive context, we succeed in getting that kind of high rate.

Yours is a different point. Your point is this: Why do we not seek individual consent from everyone? Logistically, it would be exceptionally difficult. The census form is completed typically by one person in the household. It does not pass from person to person. However, if a household decides that is how it wants to deal with it, it can certainly do so. Logistically, it would be a very dangerous process to have to ask everyone to sign on his or her behalf. It is a relatively simple form for most people, in effect. There are only a small number of questions. Most people get the short census form, which is a simple form. It would be artificial for someone to go around and collect information individually about the age of a daughter or a wife and whether or not that person signs for himself or herself that this information can be released.

Ultimately, that person can change his or her mind. That is something to be emphasized. If consent were given by someone else and that person did not ask the person concerned, despite

Le sénateur Trenholme Counsell : Je me pose des questions et j'ai des inquiétudes au sujet des problèmes de protection de la vie privée et de consentement.

Monsieur Fellegi, vous venez de dire que le pourcentage de gens qui acceptent que les renseignements sur leur santé soient rendus publics est passablement élevé. Est-ce que ces consentements sont signés par chacun des adultes?

M. Fellegi : Oui, c'est le cas pour l'information sur la santé.

Le sénateur Trenholme Counsell : C'est de toute évidence très différent. Une personne signe ce formulaire pour tous les membres du ménage. Je ne vois pas pourquoi on n'obligerait pas chacun des adultes à signer le formulaire. Si un ménage compte tant d'adultes, est-il approprié ou juste en vertu de la loi qu'une personne signe pour d'autres adultes? Je n'ai jamais entendu quelque chose de pareil. Je ne suis pas avocate et je suis nouvelle au comité, mais je ne vois pas comment en droit une personne peut signer pour une autre.

Il devrait y avoir une disposition indiquant que les enfants à charge auront la possibilité de signer. La seule chose que je remets en question, c'est la légalité et la pertinence de cette mesure. Vous venez tout juste de parler des dossiers de santé, mais je ne crois pas que ce soit la même chose. Quelqu'un ne peut pas signer pour moi au sujet de mes dossiers de santé tant que je suis capable de le faire moi-même.

M. Fellegi : Je répondais à une question différente.

Le sénateur Trenholme Counsell : C'est le principe. Vous avez utilisé ça comme exemple.

M. Fellegi : J'essayais de prouver autre chose à l'aide d'un exemple. Je parlais des raisons pour lesquelles je crois que le consentement sera donné par un pourcentage élevé de Canadiens. Et ce, parce que, dans un contexte différent et beaucoup plus délicat, nous réussissons à obtenir ce genre de pourcentage élevé pour les données sur la santé.

Le point que vous soulevez est différent. Moi je dis ceci : pourquoi ne pas obtenir le consentement individuel de tout le monde? Sur le plan de la logistique, ce serait extrêmement difficile. Le formulaire du recensement est rempli en général par une personne dans le ménage. Il ne passe pas d'une personne à une autre. Cependant, si un ménage décide qu'il veut qu'il en soit ainsi, c'est son droit. Sur le plan de la logistique, ce serait très dangereux que de demander à tout le monde de signer pour soi. C'est un formulaire relativement simple pour la plupart des gens, en effet. Il ne contient que quelques questions. La plupart des gens doivent répondre au questionnaire abrégé, qui est un formulaire simple. Il serait artificiel que quelqu'un fasse le tour de la famille pour demander l'âge d'une fille ou de sa femme ou si oui ou non la personne signe pour elle-même, à savoir si cette information peut être rendue publique.

En bout de ligne, la personne peut changer d'avis. C'est là une chose sur laquelle il faut insister. Si le consentement est donné par quelqu'un d'autre et que la personne ne l'a pas demandé à la

that being explicitly required in the questionnaire, if the wrong answer is entered on behalf of the person, that person can change his or her mind. We will give effect to that.

Senator Trenholme Counsell: I should like to follow up by asking about the long form. It is a while since I have filled in the long form; however, I have filled one in in the past. Give me one or two important examples in the long form where we could have controversy, where someone might object. What kinds of questions are on the long form? Do they concern relationships to the person, for instance?

Mr. Fellegi: There are a large number of questions on the long form, from relationship to education to income to religion. A great deal of information is on the long form.

Senator Trenholme Counsell: My point is that every adult should have the right to sign that.

Senator Milne: I have a very short question, since Mr. Fellegi has answered my question already when he was speaking to Senator Comeau, about how Statistics Canada would satisfy Ms. Stoddart's concerns about the administration of the census being consistent with the consent provisions in Bill S-18.

I want to make the point that, in the early census forms, it said not only that the census taker should keep everything private, but also, through specific instructions, that all inquiries in the schedules should be in ink of good quality and that every name, figure, word or mark should be clear and legible. The form also said that if the schedule cannot be read or if the entries are made with poor quality ink or in pencil or if they are blurred or blotted the work of the enumerator may be wholly wasted. The census is intended to be a permanent record and its schedules will be stored in the Archives of the Dominion, it said.

At that time in history, everything that was stored in the Archives of the Dominion eventually became public. I think that that is a countervailing argument to what Senator Comeau was making.

[Translation]

Senator Pépin: This issue being new to me, am I correct to understand that the government's commitment to confidentiality can be changed along the way? You say that, beginning 2006, Canadians will have the option to determine whether or not their personal information can be made publicly available after 92 years. Since we cannot predict the future, are the changes proposed by Bill S-18 to be taken as reassuring with regard to confidentiality in the future?

personne intéressée, malgré ce qui est explicitement indiqué dans le questionnaire, si la mauvaise réponse est donnée au nom de la personne, cette personne peut changer d'avis. Nous allons donner effet à cette mesure.

Le sénateur Trenholme Counsell : J'aimerais vous poser des questions au sujet du formulaire détaillé. Il y a longtemps que je n'en ai pas rempli, même si je l'ai déjà fait dans le passé. Donnez-moi un ou deux exemples importants dans le formulaire où il pourrait y avoir controverse, où quelqu'un pourrait s'opposer. Quel genre de questions renferme le formulaire détaillé? Les liens avec la personne, par exemple?

M. Fellegi : Le formulaire détaillé renferme beaucoup de questions, que ce soit les liens de parenté, les niveaux d'études, le revenu, la religion. Beaucoup d'information se trouve dans ce formulaire.

Le sénateur Trenholme Counsell : Ce que je veux dire, c'est que chaque adulte devrait avoir le droit de signer ce formulaire.

Le sénateur Milne : J'aimerais poser une autre question très brève, puisque M. Fellegi a déjà répondu à ma question lorsqu'il s'adressait au sénateur Comeau sur la façon dont Statistique Canada donnera suite aux préoccupations de Mme Stoddart au sujet du recensement qui doit être mené en conformité avec les dispositions du projet de loi S-18 portant sur le consentement.

Je tiens à dire que dans les formulaires de recensement du début, on disait non seulement que le recenseur doit garder tous les renseignements confidentiels, mais également, grâce à des dispositions spécifiques, que toutes les demandes de renseignements dans les annexes doivent être inscrites avec une encre de bonne qualité et que chaque nom, figure, mot ou marque doit être clair et lisible. Dans le formulaire, on indiquait également que s'il est impossible de lire l'annexe ou si les données sont inscrites avec une encre de mauvaise qualité ou un crayon ou si elles sont floues, le travail du recenseur peut être complètement perdu. Le recensement se veut un dossier permanent et ses annexes seront emmagasinées dans les Archives du Canada, dit-on.

À cette époque, tout ce qui était entreposé dans les Archives du Canada devenait éventuellement public. Je crois que c'est là un argument contre-indiqué à celui du sénateur Comeau.

[Français]

Le sénateur Pépin : Si j'ai bien compris, car je suis nouvelle dans ce dossier, est-ce que vous pouvez nous dire si les engagements pris par le gouvernement au niveau de la confidentialité peuvent être changés en cours de route? On dit que, à partir de 2006, les Canadiens vont avoir la possibilité de permettre ou non l'usage public de leur dossier personnel après 92 ans. Comme on ne peut pas prévoir l'avenir, est-ce que ce que le projet de loi S-18, actuellement, nous apporte comme changement est rassurant, pour le futur, au niveau de la confidentialité?

Ms. Stoddart: In fact yes, senator; I believe this act to be quite innovative, placing Canada, as Dr. Fellegi said, at the forefront of international standards for census information collection. It is ground-breaking in the sense that, as soon as it is enacted, Canadians will have strong control over their personal information, including the option to permanently refuse the publication of that information.

Senator Pépin: That is great, I needed to know that.

Senator Gill: Do you know when the first census was taken of First Nations populations?

Mr. Fellegi: First Nations are part of the census and have always been.

Senator Gill: Are you sure? I do not remember there having been a census in my community until about a dozen years ago. Perhaps it was done through the Ministry of Indian Affairs.

Mr. Fellegi: We include the First Nations in our census. As of when, I am not sure.

Senator Gill: It is being done now but that was not always the case. Where did you get the information before censuses were conducted in those communities — probably from the Department of Indian Affairs.

Mr. Fellegi: I thought that we had always taken a census but since you say it was not, I can not really answer.

Senator Gill: We can discuss this again at another time.

[English]

The Chairman: That is an interesting question. Mr. Fellegi, could you send a note to Senator Gill?

Mr. Fellegi: Yes, I will do that.

The Chairman: Seeing no more questions, I suggest we proceed to clause-by-clause consideration. Does anyone wish to propose an amendment?

Senator Comeau: Yes, Mr. Chair. I move that Bill S-18 be amended on page 1, clause 1, by replacing line 8 with the following: "between 1910 and 1918 is no longer subject to". I raise this to follow up on the comments of the Privacy Commissioner. There are good elements in the bill, such that henceforth the availability of the Canadian census would be more in line with what other countries are doing in terms of releasing their census information after a certain number of years. This amendment would allow the keeping of the promise made over the years to all Canadians that signed the forms between 1918 and 2004. It would allow Mr. Fellegi to keep his promise and those of his predecessors. It would eliminate a potential breach of the facts that we have had over all these years. From then on, the census forms would be released with, of course, the consent provisions, which are not quite what they should be, given that the head of

Mme Stoddart : En fait oui, madame le sénateur; je crois que cette loi est assez innovatrice et place le Canada, comme l'a dit M. Fellegi, très en avance sur les normes internationales pour la cueillette de données pour les recensements. Elle innove en donnant aux Canadiens, à partir de sa mise en vigueur, un contrôle assez important sur le renseignement personnel à l'avenir, incluant la possibilité de refuser à tout jamais la publication de ces données.

Le sénateur Pépin : C'est parfait, j'avais besoin de savoir cela.

Le sénateur Gill : Est-ce que vous savez à partir de quand on a commencé à faire des recensements auprès des Premières nations?

M. Fellegi : Les Premières nations font partie du recensement et en ont toujours fait partie.

Le sénateur Gill : Vous êtes certaine? Je ne me souviens pas avoir vu de recensement dans ma communauté avant il y a une dizaine d'années. Peut-être que c'était fait auprès du ministère des Affaires indiennes.

M. Fellegi : Nous comptons les Premières nations. Depuis quand, je ne sais pas.

Le sénateur Gill : Cela se fait maintenant, mais cela ne s'est pas toujours fait. Où preniez-vous les renseignements avant que cela se fasse dans les communautés — probablement au ministère des Affaires indiennes.

M. Fellegi : Je pensais que cela avait toujours été le cas, mais si vous me dites que non, je ne peux pas vous répondre.

Le sénateur Gill : On va s'en reparler.

[Traduction]

Le président : C'est là une question intéressante. Monsieur Fellegi, pourriez-vous envoyer une note au sénateur Gill?

M. Fellegi : Je n'y manquerai pas.

Le président : Comme il n'y a plus d'autres questions, je propose que nous passions à l'étude du projet de loi article par article. Quelqu'un veut-il déposer un amendement?

Le sénateur Comeau : Oui, monsieur le président. Je propose que le projet de loi S-18 soit amendé à la page 1, article 1, en remplaçant la ligne 8 par ce qui suit : « les articles 17 et 18 cessent de s'appliquer [...] entre 1910 et 1918 ». Je propose cet amendement pour donner suite aux commentaires de la commissaire à la protection de la vie privée. Le projet de loi renferme de bons éléments, comme le fait que le recensement canadien soit davantage conforme à ce qui se fait dans d'autres pays en ce qui concerne la publication des renseignements tirés du recensement après un certain nombre d'années. Cet amendement permettra de respecter la promesse faite au fil des ans à tous les Canadiens qui ont signé les formulaires entre 1918 et 2004. Cela permettra également à M. Fellegi de respecter sa promesse et celle de ses prédécesseurs. Cela éliminerait une violation potentielle des données qu'on a eues pendant toutes ces années. À partir de

the family signs on behalf of the individuals. At least it keeps the promise made between 1918 and 2004. That is my amendment.

The Chairman: Thank you, Senator Comeau. I suggest that we deal with the amendment when we come to clause 1 in our consideration.

Is it agreed that we proceed to clause-by-clause?

Senator Milne: So moved.

The Chairman: Shall the title stand postponed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: That moves us to clause 1 and a vote on Senator Comeau's amendment. Senator Milne, do you wish to respond?

Senator Milne: I would strongly urge the committee to vote against this amendment because it would, in effect, mean that no census between 1918 and 2004 would ever be released.

The Chairman: I call the vote on Senator Comeau's amendment. Those in favour of the amendment, please say, yea.

Senator Comeau: Yea.

The Chairman: Those opposed, please say, nay.

Some Hon. Senators: Nay.

The Chairman: I declare the amendment defeated.

Shall clause 1 carry?

Hon. Senators: Agreed.

Senator Comeau: On division.

The Chairman: Shall clause 2 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Shall the title carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Is it agreed that the bill be adopted?

Some Hon. Senators: Agreed.

Senator Comeau: On division.

The Chairman: Adopted on division. Thank you, senators. Bill S-18 will be reported back to the Senate without amendment.

The committee adjourned.

maintenant, les formulaires de recensement seront publiés avec, bien sûr, les dispositions sur le consentement, qui ne sont pas exactement ce qu'elles devraient être, compte tenu que le chef de la famille signe au nom de toutes les personnes. Au moins, cela permet de respecter la promesse faite entre 1918 et 2004. C'est mon amendement.

Le président : Merci, sénateur Comeau. Je propose qu'on examine l'amendement lorsqu'on arrivera à l'article 1 de notre étude.

Êtes-vous d'accord pour procéder à l'examen article par article?

Le sénateur Milne : D'accord.

Le président : Le titre est-il réservé?

Des voix : D'accord.

Le président : Cela nous amène à l'article 1 et à la mise aux voix de l'amendement du sénateur Comeau. Sénateur Milne, souhaitez-vous y répondre?

Le sénateur Milne : J'incite fortement le comité à voter contre cet amendement parce qu'en réalité, cela voudrait dire qu'aucune donnée tirée des recensements effectués entre 1918 et 2004 ne pourrait être rendue publique.

Le président : Je mets aux voix l'amendement du sénateur Comeau. Ceux qui sont en faveur, veuillez dire oui.

Le sénateur Comeau : Oui.

Le président : Ceux qui sont contre, veuillez dire non.

Des voix : Non.

Le président : Je déclare l'amendement rejeté.

L'article 1 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le sénateur Comeau : Avec dissidence.

Le président : L'article 2 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le président : Le titre est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le président : Le projet de loi est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le sénateur Comeau : Avec dissidence.

Le président : Projet de loi adopté avec dissidence. Merci, sénateurs. Le projet de loi S-18 sera maintenant renvoyé au Sénat sans amendement.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES:

Statistics Canada:

Dr. Ivan P. Fellegi, Chief Statistician of Canada.

Office of the Privacy Commissioner of Canada:

Ms. Jennifer Stoddart, Privacy Commissioner;

Mr. Raymond D'Aoust, Assistant Privacy Commissioner.

TÉMOINS

Statistique Canada :

M. Ivan P. Fellegi, statisticien en chef du Canada.

Commissariat à la protection de la vie privée du Canada :

Mme Jennifer Stoddart, commissaire à la protection de la vie privée;

M. Raymond D'Aoust, commissaire adjoint à la protection de la vie privée.





First Session
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

Première session de la
trente-huitième législature, 2004-2005

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Président :

L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, March 9, 2005

Le mercredi 9 mars 2005

Issue No. 10

First and only meeting on:

Bill C-39, An Act to amend the Federal-Provincial
Fiscal Arrangements Act and to enact An Act respecting the
provision of funding for diagnostic and medical equipment

Fascicule n° 10

Première et unique réunion concernant :

Le projet de loi C-39, Loi modifiant la Loi sur les arrangements
fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et édictant
la Loi concernant l'octroi d'une aide financière à l'égard
d'équipements diagnostiques et médicaux

INCLUDING:

THE NINTH REPORT OF THE COMMITTEE

(Bill C-39, An Act to amend the Federal-Provincial Fiscal
Arrangements Act and to enact An Act respecting the provision
of funding for diagnostic and medical equipment)

Y COMPRIS :

LE NEUVIÈME RAPPORT DU COMITÉ

(Le projet de loi C-39, Loi modifiant la Loi sur les arrangements
fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et édictant
la Loi concernant l'octroi d'une aide financière à l'égard
d'équipements diagnostiques et médicaux)

APPEARING:

The Honourable John McKay, P.C., M.P., Parliamentary
Secretary to the Minister of Finance
The Honourable Robert Thibault, P.C., M.P., Parliamentary
Secretary to the Minister of Health

COMPARAISSENT :

L'honorable John McKay, C.P., député, secrétaire parlementaire
du ministre des Finances
L'honorable Robert Thibault, C.P., député, secrétaire
parlementaire du ministre de la Santé

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS :

(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C. (or Rompkey, P.C.) Callbeck Cochrane Cook Cordy Fairbairn, P.C. Gill	Johnson LeBreton * Kinsella (or Stratton) Pépin Trenholme Counsell
--	---

*Ex officio members
(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon
et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P. (ou Rompkey, C.P.) Callbeck Cochrane Cook Cordy Fairbairn, C.P. Gill	Johnson LeBreton * Kinsella (ou Stratton) Pépin Trenholme Counsell
--	---

* Membres d'office
(Quorum 4)

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* for Tuesday, March 8, 2005:

Resuming debate on the motion of the Honourable Carstairs, P.C., seconded by the Honourable Senator Fairbairn, P.C., for the second reading of Bill C-39, an Act to amend the Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act to enact An Act respecting the provision of funding for diagnostic and medical equipment.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

The Bill was then read the second time.

The Honourable Senator Carstairs, P.C., moved, seconded by the Honourable Senator Mahovlich, that the bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The question being put on the motion, it was adopted.

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 8 mars 2005 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Carstairs, C.P., appuyée par l'honorable sénateur Fairbairn, C.P., tendant à la deuxième lecture du projet de loi C-39, Loi modifiant la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et édictant la Loi concernant l'octroi d'une aide financière à l'égard d'équipements diagnostiques et médicaux.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu la deuxième fois.

L'honorable sénateur Carstairs, C.P., propose, appuyée par l'honorable sénateur Mahovlich, que le projet de loi soit renvoyé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

MINUTES OF THE PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, March 9, 2005
(15)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 4:00 p.m., this day, in room 705, Victoria Building, the Honourable Senator Wilbert J. Keon, Deputy Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, P.C., Keon, Pépin and Trenholme Counsell (7).

Other senators present: The Honourable Senators Carstairs, P.C. and Losier-Cool (2).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Monday, March 7, 2005, the committee began its examination of Bill C-39, An Act to amend the Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act and to enact An Act respecting the provision of funding for diagnostic and medical equipment.

APPEARING:

The Honourable John McKay, P.C., M.P., Parliamentary Secretary to the Minister of Finance;

The Honourable Robert Thibault, P.C., M.P., Parliamentary Secretary to the Minister of Health.

Health Canada:

Meena Ballantyne, Director General, Health Care Strategies and Policy Directorate, Health Policy Branch.

Department of Finance Canada:

François Delorme, Director;

Glenn Campbell, Senior Chief.

John McKay and Robert Thibault each made a statement. Together the witnesses answered questions.

It was agreed, that the Committee move to clause-by-clause consideration of Bill C-39.

It was agreed that the title stand postponed.

It was agreed that clause 1 carry.

It was agreed that clause 2 carry.

It was agreed that clauses 3 (1) and 3 (2) carry.

It was agreed that clause 4 carry.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 9 mars 2005
(15)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 heures, dans la pièce 705 de l'édifice de Victoria, sous la présidence de l'honorable sénateur Wilbert J. Keon (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Fairbairn, C.P., Keon, Pépin et Trenholme Counsell (7).

Autres sénateurs présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P. et Losier-Cool (2).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le lundi 7 mars 2005, le comité entreprend l'examen du projet de loi C-39, Loi modifiant la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et édictant la Loi concernant l'octroi d'une aide financière à l'égard d'équipements diagnostiques et médicaux.

COMPARAISSENT :

L'honorable John McKay, C.P., député, secrétaire parlementaire du ministre des Finances;

L'honorable Robert Thibault, C.P., député, secrétaire parlementaire du ministre de la Santé.

Santé Canada :

Meena Ballantyne, directrice générale, Direction des politiques et des stratégies en matière de soins de santé, Direction générale de la politique de la santé.

Ministère des Finances Canada :

François Delorme, directeur;

Glenn Campbell, analyste principal.

John McKay et Robert Thibault font une déclaration et, de concert avec les témoins, répondent aux questions.

Il est convenu que le comité procède à l'étude article par article du projet de loi C-39.

Il est convenu de reporter l'étude du titre.

Il est convenu d'adopter l'article 1.

Il est convenu d'adopter l'article 2.

Il est convenu d'adopter les paragraphes 3 (1) et (2).

Il est convenu d'adopter l'article 4.

It was agreed that clause 5 carry.

It was agreed that clause 6 carry.

It was agreed that clause 7 carry.

It was agreed that the title carry.

It was agreed that Bill C-39 be adopted without amendment.

It was agreed that the Chair report the bill at the next sitting of the Senate.

At 5:11 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

Il est convenu d'adopter l'article 5.

Il est convenu d'adopter l'article 6.

Il est convenu d'adopter l'article 7.

Il est convenu d'adopter le titre.

Il est convenu d'adopter le projet de loi C-39, sans proposition d'amendement.

Il est convenu que le président fasse rapport du projet de loi à la prochaine séance du Sénat.

À 17 h 11, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Thursday, March 10, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

NINTH REPORT

Your Committee, to which was referred Bill C-39, An Act to amend the Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act and to enact An Act respecting the provision of funding for diagnostic and medical equipment has, in obedience to the Order of Reference of Tuesday, March 8, 2005, examined the said Bill and now reports the same without amendment.

Respectfully submitted,

Le vice-président,

WILBERT KEON

Deputy Chair

RAPPORT DU COMITÉ

Le jeudi 10 mars 2005

Le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

NEUVIÈME RAPPORT

Votre Comité, auquel a été déferé le Projet de loi C-39, Loi modifiant la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et édictant la Loi concernant l'octroi d'une aide financière à l'égard d'équipements diagnostiques et médicaux a, conformément à l'ordre de renvoi du mardi 8 mars 2005, examiné ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Respectueusement soumis,

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, March 9, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill C-39, to amend the Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act and to enact an act respecting the provision of funding for diagnostic and medical equipment, met this day at 4 p.m. to give consideration to the bill.

Senator Wilbert Keon (*Deputy Chair*) in the chair.

[*English*]

The Deputy Chairman: Honourable senators, I call the meeting to order.

I wish to thank the witnesses for appearing before us. We believe that this is good legislation. I have already spoken to it in the Senate and recommended its passage here. We are hoping to do clause-by-clause consideration tonight and report Bill C-39 back to the Senate.

The Honourable John McKay, P.C., M.P., Parliamentary Secretary to the Minister of Finance: I hope that senators find that Bill C-39 reflects some of the work the Senate committee that was chaired by Senator Kirby did on the state of the health care system in Canada. That report concluded that timely access is a very significant consideration for Canadians and also that no Canadian should suffer undue financial hardship, two principles which are reflected in the proposed legislation.

As you well know, the Prime Minister and the premiers signed a memorandum on a 10-year plan to strengthen health care, with funding of \$41 billion over ten years divided into three important focuses. The first is the Canada health transfer, with a new \$19 billion base. The second is additional funding for wait times of \$4.25 billion over the next five years and \$250 million for the following five years for a total of \$5.5 billion over the 10-year period. The third is additional funding of \$500 million for diagnostic and medical equipment.

As I mentioned, the new base will be established at \$19 billion and the government will invest \$1 billion in 2004-05 and \$2 billion in 2005-06 to bring the base up to \$19 billion.

Included in the new base is a \$500-million provision for home care and catastrophic drug coverage that supports the first minister's commitment to improve access to home care and community care services. That funding also addresses concerns expressed by Canadians for necessary new drug therapies.

TÉMOIGNAGE

OTTAWA, le mercredi 9 mars 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, auquel est renvoyé le projet de loi C-39, Loi modifiant la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et édictant la loi concernant l'octroi d'une aide financière à l'égard d'équipements diagnostiques et médicaux, se réunit aujourd'hui à 16 heures pour en examiner la teneur.

Le sénateur Wilbert Keon (*vice-président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le vice-président : Honorables sénateurs, la séance est ouverte.

Je tiens à remercier les témoins qui sont venus comparaître aujourd'hui. À notre avis, le projet de loi est valable. Je l'ai déjà défendu au Sénat et j'ai recommandé son adoption ici. Nous espérons pouvoir procéder à l'examen article par article ce soir du projet de loi C-39 et en faire rapport au Sénat.

L'honorable John McKay, C.P., député, secrétaire parlementaire du ministre des Finances, Chambre des communes : Monsieur le président, je vais faire une brève déclaration préliminaire, après quoi M. Thibault et moi répondrons aux questions. J'espère que les sénateurs sont d'accord pour dire que le projet de loi C-39 reflète une partie des travaux que le comité du Sénat, présidé par le sénateur Kirby, a effectués sur l'état du système de soins de santé au Canada. Les auteurs du rapport ont conclu qu'un accès aux soins de santé au moment voulu est une chose très importante pour les Canadiens et qu'aucun Canadien ne devrait subir de préjudices financiers injustifiés, deux principes que reflète le projet de loi.

Comme vous le savez, le premier ministre et les premiers ministres des provinces ont signé un protocole visant à créer le Plan décennal pour renforcer les soins de santé, assorti d'un financement de 41 milliards de dollars sur dix ans divisé en trois segments importants. Le premier est le Transfert canadien en matière de santé, avec des crédits nouveaux de 19 milliards de dollars. Le deuxième prévoit un financement supplémentaire pour réduire les temps d'attente de 4,25 milliards de dollars au cours des cinq prochaines années et 250 millions de dollars pour les cinq années suivantes, soit un total de 5,5 milliards de dollars sur la période de dix ans. Le troisième volet est un financement additionnel de 500 millions de dollars pour les équipements diagnostiques et médicaux.

Comme je l'ai mentionné, la nouvelle base de financement sera établie à 19 milliards de dollars et le gouvernement investira 1 milliard de dollars en 2004-2005 et 2 milliards en 2005-2006 pour amener la base de financement à 19 milliards de dollars.

Cette nouvelle base comprend des crédits de 500 millions de dollars pour les soins à domicile et la couverture des médicaments onéreux qui permettent au premier ministre de respecter son engagement, soit d'améliorer l'accès aux soins à domicile et aux services de santé communautaires. Ce financement répond

Senators will note that it has an escalator of 6 per cent annually going forward, which is higher than nominal GDP and probably reflects the demographic reality of our country for the next 10 years.

The wait reduction strategy is a commitment to achieve meaningful reductions in priority areas such as cancer, heart, diagnostic imaging, joint replacements and site restoration. As I mentioned, it is \$4.25 billion in the first five years that can be drawn down as the provinces see fit within that five-year time frame to suit their own priorities. The final \$250 million annually for five years, for a total of \$1.25 billion, is to be drawn on an annual basis over that time. That reflects the agreement of flexibility and priorities.

In the 2000 and 2003 health accords there was in the order of \$2.5 billion put into diagnostic and medical services. This new accord adds a further \$500 million for a total of \$3 billion of investments in medical equipment. In dollar terms alone, the story of increased federal support for health care is compelling. Total federal cash transfers in support of health will rise to \$30.5 billion by 2013-14, an increase from \$16.3 billion in this fiscal year. That is quite an increase, and that is in cash; it does not reference tax points.

The premiers and the Prime Minister have agreed to an action plan to achieve measurable results. Bill C-39 includes a Parliamentary review, which I know honourable senators will be interested in going over with us. It reflects a partnership of the two orders of government and provides Canadians in every region with a publicly funded health care system on which they can rely.

There are officials here from the Department of Finance and the Department of Health who will assist us in responding to your questions.

The Honourable Robert Thibault, P.C., M.P., Parliamentary Secretary to the Minister of Health: Honourable senators, Bill C-39 respects the jurisdiction of all provinces and territories, assists financially, expresses the priorities of Canadians and puts in place measures to ensure we work toward them with certain checks and balances.

It is important that it be understood that delivery is the responsibility of the provinces and territories. There is good faith that they will do what is right for their people and that the priorities that they hear expressed by their people are the same priorities that we hear. This process was negotiated over three different federal-provincial-territorial sessions.

également aux préoccupations soulevées par les Canadiens en ce qui concerne les nouvelles pharmacothérapies nécessaires. Les sénateurs remarqueront une indexation annuelle de 6 p. 100, ce qui est plus que le PIB nominal et reflète probablement la réalité démographique de notre pays au cours des dix prochaines années.

La stratégie de réduction des temps d'attente est un engagement visant à obtenir des réductions importantes des délais d'attente dans des secteurs prioritaires comme le cancer, les maladies du cœur, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulations et la restauration de la vue. Comme je l'ai précisé, il s'agit de 4,25 milliards de dollars pour les cinq premières années que pourront utiliser les provinces dans ce délai pour satisfaire à leurs propres priorités si elles le jugent approprié. La dernière tranche de 250 millions de dollars par année pour cinq ans, pour un total de 1,25 milliard de dollars, doit être versée sur une base annuelle au cours de cette période. Cela reflète l'entente pour ce qui est de la souplesse et des priorités.

Dans les accords de 2000 et de 2003 sur la santé, on prévoyait verser 2,5 milliards de dollars pour les services diagnostiques et médicaux. Le nouvel accord ajoute 500 millions de dollars pour un total de 3 milliards de dollars d'investissements en équipement médical. En dollars seulement, l'accroissement du soutien du gouvernement fédéral au titre des soins de santé est déterminant. La totalité des transferts en espèces du gouvernement fédéral à l'appui des soins de santé sera portée à 30,5 milliards de dollars en 2013-2014, soit une augmentation par rapport aux 16,3 milliards de dollars prévus pour le présent exercice. C'est toute une augmentation, et en espèces; il n'est pas question de points d'impôt ici.

Les premiers ministres des provinces et le premier ministre ont convenu d'établir un plan d'action pour obtenir des résultats mesurables. Le projet de loi C-39 prévoit un examen effectué par le Parlement, examen que les honorables sénateurs voudront certainement faire avec nous. Il s'agit d'un partenariat entre les deux paliers de gouvernement qui offre aux Canadiens de toutes les régions un système de soins de santé financé à même les deniers publics sur lequel ils peuvent compter.

Nous sommes accompagnés aujourd'hui de fonctionnaires du ministère des Finances et de la Santé qui nous aideront à répondre à vos questions.

L'honorable Robert Thibault, C.P., député, secrétaire parlementaire du ministre de la Santé : Honorables sénateurs, le projet de loi C-39 respecte la compétence des provinces et des territoires, il leur accorde une aide financière, reflète les priorités des Canadiens et met en place des mesures pour nous assurer de les respecter à l'aide d'un système de freins et contrepoids.

Il est important de comprendre que la prestation des soins de santé est la responsabilité des provinces et des territoires. Nous avons confiance qu'ils auront à cœur le bien de leur population et que les priorités dont leur font part leurs électeurs sont les mêmes que celles que nous entendons. Ce processus a été négocié au cours de trois séances de travail différentes fédérales-provinciales-territoriales.

The Deputy Chairman: I would like to make a comment on behalf of our committee. We are very pleased. As you know, we recommended that some money had to come forth to introduce change in the system. We were anxious that money not be spent propagating some of the mistakes we made in the system, but that it would introduce change. A real effort has been made to introduce some change as it relates to home care, catastrophic drugs and palliative care, which is of great interest to Senator Carstairs.

When I spoke in the Senate yesterday, however, I did express a very deep concern about what has gone wrong with our system in Canada. Our problem is that there has been doctor and hospital care insurance and not much insurance for anything else. These two segments of the health care sector are enormously well organized and powerful.

This is a tremendous shot of money to come into the system, an unprecedented amount of money, and I am deeply concerned that the big barrier to access is not going to be addressed, and that is primary care.

Notwithstanding everything that has been done about primary care: the special funding for it, the special committee, and Dr. Bowmer's work, which is outstanding, I am deeply concerned that as this money flows, the organized people will be standing in line waiting for it. Again, it will propagate something that is a problem now, and that is that the very well-oiled machines, one of which I was CEO of for my whole life, are in a great position to receive this funding because they are well organized.

If we are going to control costs in health care, we have to look at organizing primary care in concert with community services, home care, palliative care and public health. Indeed, I find it quite frightening, as we look ahead to our mental health report, to try to dream up a way of implementing our recommendations when we do not have a primary care system in the country that can do the job.

I would like you both to think about that issue. Having said that, I will move on to the questions.

Senator Callbeck: Thank you for coming today and for your presentations.

I have a couple of questions on accountability. As I understand it, as soon as this proposed legislation becomes law, the \$500 million for diagnostic and medical equipment will flow to the provinces.

Does the federal government ask the provinces to show that they have put this money into equipment?

Mr. Thibault: All the jurisdictions have reporting procedures to their public and to their legislatures. They are, as is the federal

Le vice-président : J'aimerais faire une observation au nom de notre comité. Nous sommes très contents. Comme vous le savez, nous avons recommandé l'ajout de crédits pour apporter des changements au système. Nous craignons que l'argent serve à perpétuer certaines erreurs commises dans le passé, mais nous souhaitons que des changements soient apportés. Des efforts réels ont été déployés pour apporter certains changements en ce qui concerne les soins à domicile, les médicaments onéreux et les soins palliatifs, auxquels s'intéresse vivement le sénateur Carstairs.

Lorsque je suis intervenu au Sénat hier, cependant, je me suis dit très préoccupé par ce qui ne va pas actuellement dans notre système au Canada. Notre problème, c'est qu'il y a une assurance pour les soins hospitaliers et les médecins, mais pas tellement d'assurance pour quoi que ce soit d'autre. Ces deux volets du secteur des soins de santé sont très bien structurés et efficaces.

Beaucoup d'argent sera injecté dans le système, des sommes sans précédent, et je crains grandement que le principal obstacle à l'accès aux soins ne soit pas abordé, c'est-à-dire qu'on passe les soins primaires sous silence.

En dépit de tout ce qui a été fait au sujet des soins primaires — le financement spécial accordé à ce titre, le comité spécial, le travail du Dr Bowmer, qui est remarquable —, il m'importe que, lorsqu'on versera l'argent, des gens bien organisés soient en place pour le recueillir. Là encore, on viendra propager l'idée, qui fait maintenant problème, que les machines bien rodées, et tout au long de ma vie j'ai fait partie d'une telle machine en tant que PDG, sont en excellente position pour recevoir ce financement parce qu'elles sont bien organisées.

Si nous voulons contrôler le coût des soins de santé, nous devons envisager d'intégrer les soins primaires aux services communautaires, aux soins à domicile, aux soins palliatifs et à la santé publique. En fait, je trouve que cela fait très peur, au moment où nous envisageons la production de notre rapport sur la santé mentale, de chercher à concevoir une façon de mettre en œuvre nos recommandations quand nous n'avons pas au Canada de système de soins primaires convenable.

J'aimerais que vous réfléchissiez tous les deux à cette question. Cela étant dit, je vais maintenant passer à la période des questions.

Le sénateur Callbeck : Merci d'être là, merci également pour vos exposés.

J'ai quelques questions au sujet de l'obligation de rendre des comptes. D'après ce que je comprends, dès que le projet de loi entrera en vigueur, les 500 millions de dollars pour les équipements diagnostiques et médicaux seront acheminés aux provinces.

Le gouvernement fédéral leur demande-t-il des preuves qu'elles ont affecté l'argent à l'achat d'équipement?

M. Thibault : Les provinces et les territoires sont tous dotés de procédures relatives à la production de rapports destinés à leurs

government, accountable for the monies they receive, whether they receive it from a direct access or from the federal point of view.

We know of a lot of problems. I will ask Ms. Ballantyne or Mr. Campbell to tell you the specifics on that particular problem. We know there have been problems in the past and that there has been some questionable use of some of these funds.

However, what we also know is that if we are to achieve our goals we have to change the structure of the system. We also have to make sure that our system is the most efficient system possible. In today's world, that means very good machinery, very good equipment and trained professionals to do the job.

On the equipment side, it is good to have an MRI but you also need the radiologists and the technicians to operate them and all of the support people that are required in order to provide a full service.

We have some guidelines as to what can be done and there is a bit of good faith that the provinces will do what they have promised to do, and they do have their reporting procedures.

Ms. Meena Ballantyne, Director General, Health Care Strategies and Policy Directorate, Health Policy Branch, Health Canada: In fact, we have had the medical equipment fund from 2000-03 and now the subsequent investment.

In 2003, we implemented a set of operating principles that guide the use of this fund. Essentially, it was an agreement between the provinces and territories to say, for example, on the medical equipment that it was supposed to go to high-tech equipment as well as low-tech equipment, and it was also to support training of the technologists to run these machines.

There is a degree of accountability built in apart from the reporting that each of the jurisdictions does to their own residents, as well as the reporting the Canadian Institute for Health Information does on a regular basis. CIHI reports how much equipment is in the system and, for example, how many more MRIs and CT scanners we have at the present time.

As Minister Thibault was saying, there is accountability built into the system. We learned about communication challenges from the 2000 medical equipment fund, and in 2003, we instituted these operating principles, which also will guide the 2004 investment.

Senator Callbeck: Is it correct that since those regulations were put in place in 2003, we have not had any problems that have come to light?

populations et à leurs assemblées législatives. Tout comme c'est le cas du gouvernement fédéral, les provinces et territoires sont responsables de l'argent qu'ils reçoivent, qu'il provienne d'une source directe ou du gouvernement fédéral.

Nous savons qu'il y a beaucoup de problèmes. Je vais demander à Mme Ballantyne ou à M. Campbell de nous parler plus en détail de ce problème en particulier. Nous savons qu'il y a déjà eu des problèmes dans le passé et que certains des crédits ont été utilisés à des fins discutables.

Cependant, ce que nous savons également, c'est que si nous voulons atteindre nos objectifs, nous devons changer la structure du système. Nous devons également nous assurer que notre système est le plus efficace possible. Dans le monde d'aujourd'hui, cela veut dire de très bonnes machines, de très bons équipements et des professionnels compétents pour faire le travail.

En ce qui concerne l'équipement, c'est bien d'avoir un système d'imagerie par résonance magnétique, mais il nous faut aussi des radiologistes et des techniciens pour le faire fonctionner, et tout le personnel de soutien nécessaire pour offrir un service complet.

Nous avons établi des lignes directrices sur la façon d'utiliser l'argent, et il faut avoir un peu confiance aux provinces et se dire qu'elles vont faire ce qu'elles ont promis de faire, et à cet effet, elles sont dotées de procédures à suivre pour la production des rapports.

Mme Meena Ballantyne, directrice générale, Direction des politiques et des stratégies en matière de soins de la santé, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada : En fait, nous avons reçu les fonds pour l'équipement médical de 2000 à 2003 et maintenant, les investissements promis.

En 2003, nous avons mis en œuvre une série de principes administratifs sur l'utilisation de ces fonds. Essentiellement, il y a eu entente entre les provinces et les territoires, par exemple, sur l'équipement médical; les fonds devaient être affectés à l'équipement hautement perfectionné de même qu'à l'achat d'équipement plus simple, et à l'aide à la formation des technologues chargés d'utiliser ces machines.

Exception faite des rapports que chaque province ou territoire doit présenter à sa propre population, de même que les rapports qui sont destinés à l'Institut canadien d'information sur la santé qui sont déposés de façon régulière, il y a un certain degré de responsabilisation inhérent à l'entente. L'Institut fait des rapports sur le nombre de machines que compte le système et, par exemple, sur le nombre d'autres appareils d'IRM et de tomodensitomètres dont nous disposons au moment présent.

Comme le ministre Thibault le disait, le système oblige les provinces et territoires à rendre des comptes. Nous avons été informés des problèmes de communication au sujet du fonds pour l'achat d'équipement médical en 2000, et en 2003, nous avons mis en place ces principes administratifs qui vont également régir les investissements en 2004.

Le sénateur Callbeck : Est-il exact que depuis que ces règlements ont été mis en place en 2003, aucun problème n'a fait surface?

Ms. Ballantyne: There has been nothing, if it is not used for the type of equipment that they laid out.

Senator Callbeck: I am pleased to see that \$500 million is being put into catastrophic drug prices and home care, as funds are badly needed in those areas.

How will we know whether the provinces are actually spending that money? Will that be left to the end of the year when they explain to the public where they have spent the money, or does the federal government get any follow-up on the spending?

Mr. Thibault: Throughout the entire year we have the both the institute of health indicators and the Health Council of Canada that keep an eye on the spending. We have each jurisdiction reporting to their people. We have the federal government, the provincial government and territories working together on a pharmaceutical strategy that will look at all this.

We also know of the concerns of home care. We know that the provinces are very concerned about this issue. They understand, as we do, that you cannot just keep doing what you are doing, putting more money in and hoping that somehow the structure will change itself.

I was a municipal administrator for 10 years and on municipal council for three years prior to that. I have seen too many instances where the only way you could get assistance to people who required special care was admission to a hospital. It was a misuse of the hospital system for a social purpose, and the only way you could go to get care.

We recognize, and everybody does, that you have to have a proper home care program. We also have to have, as the budget this year reflects, recognition of the need for public health, for preventive health care, and for all the other elements that are very important to our system to achieve the structural changes and achieve the clinical mentality we have about what a proper health care system is.

Again, there is a good-faith, confidence system built in. We understand that the provinces recognize the problem and they will work to achieve success. There are also two levels of Parliamentary review.

In 2008 and 2011, whoever is in our chairs at those times will see if we are achieving what we started out to do, and if the taxpayers' money is going toward the stated goals, and take whatever action is necessary, should there be any.

Senator Callbeck: Will that committee look at things like that to see whether the \$500 million is actually being spent on home care and the drug plan?

Mme Ballantyne : Rien n'est ressorti, si les fonds ne sont pas utilisés pour le type d'équipement prévu.

Le sénateur Callbeck : Je suis heureuse de voir que des crédits de 500 millions de dollars sont accordés pour absorber le prix des médicaments onéreux et offrir des soins à domicile, car les fonds sont grandement nécessaires dans ces deux domaines.

Comment saurons-nous si les provinces dépensent effectivement cet argent? Devrons-nous attendre la fin de l'année lorsqu'elles expliquent au public à quel poste elles ont affecté l'argent, ou si le gouvernement fédéral peut assurer un suivi à l'égard des dépenses?

M. Thibault : Tout au long de l'année, l'Institut et le Conseil canadien de la santé surveillent la façon dont l'argent est dépensé. Chaque province et territoire doit présenter des rapports à sa population. Le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial et les territoires travaillent main dans la main à l'élaboration d'une stratégie pharmaceutique qui portera sur tous ces aspects.

Nous sommes également au fait des inquiétudes que soulèvent les soins à domicile. Nous savons que les provinces sont très préoccupées par cette question. Elles comprennent, tout comme nous, qu'on ne peut pas tout simplement continuer de faire ce qu'on fait, injecter plus d'argent et espérer que la structure changera d'elle-même.

J'ai été administrateur au niveau municipal pendant dix ans et auparavant, j'ai siégé pendant trois ans au conseil municipal. J'ai vu trop de cas où la seule façon de pouvoir aider les gens qui avaient besoin de soins spéciaux, c'était de les faire admettre dans un hôpital. C'était là une utilisation erronée du système hospitalier à des fins sociales, mais le seul moyen d'obtenir des soins.

Nous reconnaissons, comme tout le monde, qu'il doit y avoir un programme adéquat de soins à domicile. Nous devons également, comme en témoigne le budget de cette année, reconnaître ce dont on a besoin la santé publique, les soins de santé préventive, et tous les autres éléments qui sont très importants pour notre système si nous voulons effectuer des changements structurels et créer la mentalité clinique qui s'impose à propos de ce qui constitue un système de soins de santé adéquat.

Là encore, on fait appel à la bonne foi des intervenants, à la confiance inhérente au système. Nous croyons savoir que les provinces sont conscientes du problème et qu'elles travailleront à le régler. Il y a aussi deux niveaux d'examen parlementaire.

En 2008 et en 2011, les personnes qui seront assises à nos places à ce moment-là verront si les objectifs que nous nous sommes fixés sont atteints, et si l'argent des contribuables est utilisé pour l'atteinte de ces buts, et elles prendront les mesures nécessaires s'il y a lieu.

Le sénateur Callbeck : Est-ce que le comité dont vous parlez se penchera sur des choses comme celles-là pour voir si les 500 millions de dollars sont en fait dépensés pour les soins de santé et le régime d'assurance-médicaments?

Mr. Thibault: I would presume so. This \$500 million is in addition to everything that is already being done on home care, and this money for pharmaceutical strategies in addition to everything that is being done in that area. We will be getting some indicators and some benchmarks, moving towards those and making sure that the whole machinery is working towards achieving those results.

The specifics of where the dollars are spent are a different issue. What is important is that the current home care system is improved and that the current pharmaceutical system is improved, and all of that goes to meet the goals we state.

When we state that we will give 50 per cent of Canadians access to 24-hours a day, seven days a week, primary health care by a multi-disciplinary team, it is a huge goal. That is a huge structural change. It is not laid out exactly how it will be done and how we will measure all those things. As abilities change and experiences are gathered, you have to change your perspective depending, therefore, we leave room for flexibility for those actions in the future.

Senator Cook: I would like to go back to primary care.

I want to begin by congratulating the government on this much needed infusion of funds into our health care system.

Help me to understand. I see this as the disbursement of funds, primarily based on trust, to provinces with no accountability written into the system.

In my province, the health care system, as we say in the vernacular is "skinned out." When you say that we will not have to worry about the health care system for 10 years I believe that it will take that amount of time to train people to take care of the waiting lists that exist today. It will take 10 years to complete the recruiting programs that will train the people that we need.

While Bill C-39 looks wonderful and it will alleviate some of the stresses on our present system, we have to look at what we have to work with in this 10-year period and look at the benchmarks and the accountability. I do not see any transparency. I hear that the accountability will be achieved through existing programs, which is kind of a patchwork system.

I would like to see something from the provinces other than trusting each other with this and seeing how we will move step-by-step, given the state of not only primary care, but the ability to deliver it and eventually to bring the waiting lists to where they should be. We do not have the human resources trained, at least in my province, to achieve that goal.

M. Thibault : Je suppose que oui. Ces 500 millions de dollars s'ajoutent à tout ce qui a déjà été fait en matière de soins à domicile, et l'argent pour les stratégies pharmaceutiques s'ajoute à tout ce qui a été fait dans ce domaine. Nous allons obtenir des indicateurs et des repères, chercher à les respecter et nous assurer que toute la machine est en place pour obtenir les résultats escomptés.

Quant aux détails sur la façon dont l'argent est dépensé, c'est un problème différent. Ce qui est important, c'est d'améliorer le système actuel de soins à domicile et de faire de même pour le système pharmaceutique, et que tout cet argent vise à atteindre des objectifs que nous énonçons.

Quand nous disons que nous allons accorder à 50 p. 100 des Canadiens un accès à des soins de santé primaires 24 heures sur 24, sept jours sur sept, offerts par une équipe multidisciplinaire, c'est un objectif très ambitieux. C'est un énorme changement de structure. On ne dit pas exactement comment cela se fera ni comment nous allons mesurer toutes ces choses. Au fur et à mesure que les compétences s'améliorent et que les gens acquièrent de l'expérience, il faut voir les choses sous un angle différent et, partant, on doit laisser place à la flexibilité pour prendre les mesures à venir.

Le sénateur Cook : J'aimerais revenir aux soins de santé primaires.

D'abord, je tiens à féliciter le gouvernement pour cette injection d'argent dont notre système de soins de santé a tant besoin.

Aidez-moi à comprendre. Pour moi, c'est de l'argent qui est versé, principalement sur une base de confiance, aux provinces, sans mécanisme de responsabilisation écrit et intégré au système.

Dans ma province, le système de soins de santé, comme on dit en langue familière, est « usé à la corde ». Quand vous dites que nous n'aurons plus besoin de nous préoccuper du système de soins de santé pendant dix ans, je crois que c'est le temps que ça prendra pour former les gens afin que les listes d'attente qui existent aujourd'hui soient éliminées. Il faudra dix ans pour mener à bien les programmes de recrutement qui permettront de former le personnel dont nous avons besoin.

Même si le projet de loi C-39 paraît merveilleux, et qu'il viendra faire tomber certaines des pressions qui s'exercent sur notre système actuel, il faut voir ce que l'on doit faire durant cette période de dix ans et examiner les jalons et les mécanismes de responsabilisation. Je ne perçois aucune transparence. Je crois comprendre que la responsabilisation sera exercée grâce aux programmes existants, ce qui est un peu un système de rapiéçage.

J'aimerais que les provinces fassent plus que se faire confiance l'une et l'autre, j'aimerais voir comment nous allons procéder étape par étape, compte tenu de l'état non seulement du système de soins primaires, mais de la capacité d'offrir ces soins et éventuellement de ramener les listes d'attente aux niveaux où elles devraient être. Nous n'avons pas les ressources humaines qualifiées, à tout le moins dans ma province, pour atteindre ce but.

I know this must be flexible. It is for the federation called Canada, but I need to look at it through the lens of the province where I live and the province I represent. The one uncomfortable thing I see, and my colleague Senator Cochrane will agree, is that Bill C-39 is tied to population.

If you are able to assure me on some of my concerns I would thank you very much.

Mr. Thibault: You bring out all the points so I think I would have to write a book to cover them all, but I will try to touch on a few.

You raised the situation as it exists now very eloquently and the example of your home province is a good one. Just as Senator Keon was saying, if you keep doing what you are doing you are going to lose greatly in your province.

In my province we have a hard time getting doctors to rural areas, but sometimes we have a little more financial ability or are able to give incentives that some of the rural areas in your province are unable to do.

You have a very good medical school and our municipal representatives have been scouring your province, hiring people out of your province, and that is not a good thing for you, but it is good for us. We get very good people, but it is not good for your province because you lose those people. We have to realize that we cannot just keep doing what we are doing.

As for the provincial reporting, and the transparency, the areas of education and health fall within provincial jurisdiction. They are priorities for all Canadians. We have always made the transfer to the provinces.

One of the essential roles of the federal government is the distribution of wealth across the country, or capacity to provide service. This is what we do here, but we go further than that because we state goals. When we say that we have to change the thing, it is not an uphill battle because we have had every professional organization across the country agreeing that the existing systems could not be exactly as they are and we have to look at structural change.

We have to look at multi-disciplinary health care. We have to look at new people and new professions. Nurse practitioners are being used in an isolated area of my riding on an island that is too small to have a GP practicing, but a nurse practitioner supported by physicians is doing an excellent job. In some of those rural areas we have done additional training for the ambulance people, where they are more like physicians' assistants would be in the military. We have those physician assistants that we will start training on the civilian side in Manitoba.

Je sais qu'il faudra faire preuve de souplesse. Il s'agit de la fédération que l'on appelle le Canada, mais je dois envisager la situation selon le point de vue de la province où je vis et de la province que je représente. Une chose qui me rend mal à l'aise, et ma collègue le sénateur Cochrane sera d'accord, c'est que les crédits prévus dans le projet de loi C-39 sont établis en fonction de la population.

Si vous pouviez me rassurer au sujet de certaines de mes préoccupations, je vous en serais très reconnaissante.

M. Thibault : Vous soulevez tellement de choses que je pense que je devrais rédiger un livre pour répondre à toutes. Cependant, je vais tenter d'en aborder quelques-unes.

Vous avez décrit de façon très éloquente la situation actuelle et l'exemple de votre province en est un bon. Tout comme le disait le sénateur Keon, si vous ne changez pas votre façon de procéder, vous allez perdre beaucoup dans votre province.

Dans ma province, nous avons beaucoup de difficulté à attirer les médecins dans les régions rurales, mais parfois, nous avons un peu plus de souplesse financière, nous sommes capables d'accorder des mesures incitatives que certaines des régions rurales de votre province ne peuvent offrir.

Vous comptez une très bonne faculté de médecine et nos représentants municipaux ont parcouru votre province, ils ont engagé des gens de chez vous, ce n'est pas une bonne chose pour vous, mais pour nous, si. Nous recrutons des gens très compétents, mais ce n'est pas bon pour votre province parce que vous perdez ces gens. Nous devons réaliser que nous ne pouvons tout simplement pas continuer de faire ce que nous sommes en train de faire.

En ce qui concerne maintenant les rapports produits par les provinces et la transparence, les domaines de l'éducation et de la santé sont de compétence provinciale. Ce sont des priorités pour tous les Canadiens. Nous avons toujours effectué le transfert aux provinces.

L'un des rôles essentiels du gouvernement fédéral est de répartir la richesse dans tout le pays ou la capacité d'offrir les services. C'est ce que nous faisons ici, mais nous allons plus loin parce que nous fixons des objectifs. Quand nous disons qu'il faut changer les choses, il ne s'agit pas d'une bataille insurmontable puisque toutes les organisations professionnelles du pays admettent que les systèmes existants ne pourraient plus être exactement ce qu'ils sont et que nous devons envisager un changement de structure.

Il faut examiner les soins de santé multidisciplinaires. Il faut nous tourner vers de nouvelles personnes et de nouvelles professions. Des infirmiers praticiens sont engagés dans une région isolée de ma circonscription, sur une île qui est trop petite pour avoir un généraliste pratiquant, mais un infirmier praticien appuyé par des médecins fait actuellement un excellent travail. Dans certaines de ces régions rurales, nous avons donné une formation additionnelle aux ambulanciers, ils agissent plus comme des assistants de médecin le feraient dans l'armée. Au Manitoba, nous commencerons à former ces assistants de médecin au civil.

There are all these possibilities that we can integrate into our systems that change them. Also, we have to look at the question of foreign credentials. There are people willing to work, ready to work with capability. Some might need upgrading. There may have to be some structural change in the professional associations and organizations that exist so they would be welcomed. The same thing is true for provincial regulations in certain instances. We have to continue creating more spaces for training human health professionals. That is not just doctors and nurses but they are probably the barometer. If we look back and reverse what we did some 20 years ago when we reduced the seats and now we have started adding, but it will be a few years yet before we start feeling the impact. That will be against the trend of a lot of people, the baby boomers in the profession now who are leaving that have to be replaced. Some have some huge practices and the expectation of practice of the new professionals is perhaps not what it was 30 years ago. You have to work with all those things and understand the reality of the problems that creates and that we live with.

The other thing we have to understand and we have to grapple with is that this does not solve it but it gives the opening for discussions. There are requirements out there for care other than the types of care that we have given before for holistic approach and all the other things that exist and cannot be neglected. Canadians want access to that, but it must be there in a safe and reasonable manner.

I hope I touched on a few of your concerns.

Senator Cook: I hear you saying “we”. When you say “we,” do you remember, as reflected here, the province and the federation?

Mr. Thibault: When I say “we” I mean Canadians. That is the partnership of all Canadians.

Senator Cook: Benchmarks and best practices will only come as the participants, as outlined in Bill C-39, give a commitment to this. It is not enough to tell me today about trust. As this evolves, we have to develop a standard and accountability, because 10 years at my age is only a blink and we will only have turned the elephant around a little bit.

Even though the system is doing magnificent work in the areas of nurse practitioners, in the areas of tele-medicine, we are managing within it, but this is designed to put on a new face, to turn it around, to look at the health of Canadians.

I want to be reassured that there are good partnerships with the provinces that are getting this money through the federal system and along the way can be held accountable on a regular basis, not in 10 years time.

Ce sont là toutes des possibilités que nous pouvons intégrer à nos systèmes et qui pourront les changer. En outre, il faut se pencher sur la question des diplômes étrangers. Il y a des gens qui veulent travailler, qui sont capables de le faire et qui ont les compétences nécessaires. Certains ont peut-être besoin d'une actualisation de leurs compétences. Les associations et organisations professionnelles pourraient peut-être changer certaines choses à leur structure pour les accueillir dans leurs rangs. Il en va de même des règlements provinciaux dans certains cas. Nous devons continuer de créer plus de places pour la formation de professionnels en santé humaine. Il ne s'agit pas simplement de médecins et d'infirmiers, mais ils sont probablement le baromètre. Si l'on pouvait regarder en arrière et revenir sur ce qu'on a fait il y a environ 20 ans lorsqu'on a réduit le nombre de places, maintenant nous devons commencer à en ajouter, cela prendra quelques années avant que nous commencions à sentir l'impact d'une telle mesure. Cela ira à l'encontre de la tendance chez beaucoup de personnes, les baby-boomers de la profession qui maintenant la quittent doivent être remplacés. Certains ont d'énormes clientèles et les attentes à cet égard de la part des nouveaux professionnels ne sont peut-être pas ce qu'elles étaient il y a 30 ans. Il faut jongler avec tous ces éléments et comprendre la réalité des problèmes que cela crée et avec laquelle nous devons composer.

L'autre chose que nous devons comprendre et saisir, c'est que les crédits ne règlent pas tous les problèmes, mais ouvrent la porte aux discussions. Il existe des exigences concernant les soins autres que le genre de soins que l'on a donnés auparavant en ce qui concerne l'approche holistique et toutes les autres qui existent et qui ne peuvent être négligées. Les Canadiens veulent avoir accès à ces soins, mais cela doit se faire de façon sûre et raisonnable.

J'espère que j'ai répondu à quelques-unes de vos préoccupations.

Le sénateur Cook : Je vous entends dire « nous ». Quand vous dites « nous », vous voulez parler de la province et de la fédération?

M. Thibault : Quand je dis « nous », j'entends les Canadiens. C'est le partenariat de tous les Canadiens.

Le sénateur Cook : Les jalons et les pratiques exemplaires ne seront adoptés que dans la mesure où les participants, comme l'indique le projet de loi C-39, s'engagent à le faire. Aujourd'hui, il faut me parler d'autre chose que de confiance. Au fur et à mesure que la situation évoluera, nous allons devoir élaborer une norme et un mécanisme de responsabilisation parce que dix ans, à mon âge, ce n'est rien et nous n'aurons fait que déplacer les choses un tout petit peu.

Même si le système fait actuellement un travail magnifique avec les infirmiers praticiens, dans le domaine de la télémédecine, nous nous en accommodons, mais le projet de loi est conçu pour mettre un nouveau visage à la réalité, pour changer les choses, pour examiner la santé des Canadiens.

Je veux être rassurée qu'il existe de bons partenariats avec les provinces qui obtiennent cet argent par l'entremise du système fédéral et qui, par ricochet, peuvent avoir des comptes à rendre de façon régulière, pas dans dix ans.

Mr. Thibault: I hear you well, senator, and I think that would be typified as maybe “trust with verification.”

We heard that term somewhere a while back.

The institute of health indicators or the question and the health council have agreed to participate in different ways and all of their information will be part of the reports. These are third-party organizations so there is a little bit of distance, so we are confident they will each have an objective view.

The province of Quebec signed a sub-agreement that agreed to meet those standards and to do share that information. I believe that both the provinces and the federal government share a genuine desire to meet the challenge to provide a better system for health care in the future.

We cannot continue to simply put in more money. In Nova Scotia, for example, which is a very small province with the same financial difficulties as yours, the health care budget not so long ago was 25 per cent of gross revenues. I believe it is now upwards of 70 per cent.

Everything else suffers and the ability to tax extra is not there. There are more requirements and more expensive requirements, knee and joint replacements, all these things are relatively new and very expensive, as well as drug and other therapies.

To meet the challenge of the future with an aging population and increased expectations cannot be done by maintaining the status quo; you have to do it by redesign.

Mr. McKay: If I may offer a few observations, you will recollect that only a few years ago, all we did was transfer money and we had no accountability whatsoever. In some respects, we have come a long way. It may not be seen to those of us who consider themselves federalists as happy a resolution as we might like, but it is a significant improvement over absolutely no accountability, which was basically the CHST transfer for quite a number of years.

The second point has to do with the communiqué that Quebec signed. Quebec is the most resistant of any of the provinces in terms of standardizing, but the communiqué says that:

Quebec will apply its own wait time reduction strategy in accordance with objective standards and criteria established by the Quebec authorities, including health human resources management, community care reform, home care, drug access strategies, et cetera.

Then it goes on to say that “The Government of Quebec will report to Quebecers.” That is fine. The communiqué goes on to say that Quebec will continue to work with other governments to develop comparable indicators, and that Quebec’s health

M. Thibault : Je comprends ce que vous dites, sénateur, et je pense qu’on pourrait peut-être mieux parler de « confiance vérifiée ».

Nous avons entendu ce terme il y a quelque temps.

Les indicateurs de l’Institut de la santé et le Conseil canadien de la santé ont accepté de participer de façon différente et toutes les données qu’ils possèdent seront intégrées aux rapports. Il s’agit d’organismes de tiers qui sont donc peut-être un peu plus neutres, ainsi nous croyons que chacun d’eux aura un point de vue objectif à donner.

Le gouvernement du Québec a signé un accord auxiliaire pour s’engager à respecter les normes et à diffuser l’information. À mon avis, et les provinces et le gouvernement fédéral désirent véritablement relever le défi qui est d’offrir un meilleur système de soins de santé à l’avenir.

On ne peut pas continuer simplement à injecter plus d’argent. En Nouvelle-Écosse, par exemple, qui est une très petite province qui a les mêmes difficultés financières que les vôtres, il n’y a pas si longtemps, le budget des soins de santé était de 25 p. 100 des revenus bruts. Je crois que c’est maintenant plus de 70 p. 100.

Tout le reste en souffre et la province n’a pas la capacité d’imposer des taxes supplémentaires. Les besoins sont plus coûteux et plus nombreux, les remplacements d’articulations et de genoux, toutes ces techniques sont relativement nouvelles et très coûteuses, tout comme les médicaments et les autres thérapies.

Relever le défi de demain concernant le vieillissement de la population et répondre aux attentes accrues, ne peut se faire en maintenant le statu quo, il faut remodeler le système.

M. McKay : Si vous me permettez de faire quelques observations, vous vous souviendrez qu’il y a à peine quelques années, tout ce que nous faisions, c’était de transférer de l’argent sans exiger de comptes en retour. À certains égards, nous avons fait beaucoup de progrès. Pour ceux d’entre nous qui se considèrent comme des fédéralistes, cela n’est peut-être pas perçu comme la solution que nous aurions préférée, mais il s’agit d’une amélioration importante par rapport à l’absence totale de mécanisme de responsabilisation, ce qui était essentiellement le cas du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux depuis un certain nombre d’années.

Le deuxième point concerne le communiqué que le Québec a signé. Le Québec est la plus réfractaire des provinces en ce qui concerne la normalisation, mais le communiqué dit ceci :

Le Québec va appliquer sa propre stratégie de réduction des temps d’attente conformément aux normes et aux critères objectifs établis par les autorités québécoises, y compris la gestion des ressources humaines en santé, la réforme des soins communautaires, les soins à domicile, les stratégies d’accès aux médicaments, etc.

On poursuit en disant que « le gouvernement du Québec rendra des comptes aux Québécois et aux Québécoises ». C’est bien. Le communiqué précise en outre que le Québec continuera de travailler avec les autres gouvernements pour élaborer des

commissioner is responsible to report to the Government of Quebec on Quebec's health system. The health commissioner will cooperate with the Canadian Institute of Health Information, and in the field of health Quebec will continue to work closely with all levels of government in the sharing of information and best practices.

There we have the most resistant of all the provinces signing on to a communiqué which is embodied in the legislation and is referenced throughout the legislation, and which will be subject to the Parliamentary review in three years.

I think you can look at it as being either half-empty or half-full. It may not in some measure satisfy those of us who think that there should be more rigid accountability, but we have come a long way.

Senator Cochrane: Mr. Thibault, you have opened up a can of worms for me. You mentioned the regional medical school in St. John's, which is a fabulous medical school but we really cannot afford it. It is a very expensive operation to run.

How do we go about looking into the idea of creating one regional medical school in the Atlantic Provinces? That would be wonderful to have. I do not think that we can afford the medical school we have.

Mr. Thibault: If I may give my personal opinion on that, and I do not think this Bill C-39 addresses that issue.

Senator Cochrane: No, but you mentioned the medical school.

Mr. Thibault: That is contrary to what the thinking is now. There are examples of that if you look at the Cuban training delivery system, not that I would say that we necessarily want to emulate that in Canada, but it is good to look at what others are doing. The thinking now is about training people as near to the area you want them to work in as possible if you want to be able to give service to all of the population.

If we did that in Atlantic Canada, it would be good for Newfoundland if it all goes to Memorial, but if it goes to Dalhousie it is no longer good for Newfoundland. If you look at what we are doing in Ontario where we are training in northern communities and in the nursing professions where we are going even further training in the Inuit communities and outlying areas, there is a better chance that the people will stay and work in those communities if they being trained nearer to home. Taking them out of their environment at 18 years of age until 27 years of age and expecting them to return to the outlying areas is a bit of a risk.

indicateurs de comparaison et que le commissaire à la santé du Québec est tenu de faire rapport au gouvernement du Québec sur le système de soins de santé de la province. Le commissaire à la santé collaborera avec l'Institut canadien d'information sur la santé et dans le domaine de la santé, Québec continuera de travailler en étroite collaboration avec tous les paliers de gouvernement pour diffuser l'information et faire connaître les pratiques exemplaires.

On a donc la plus récalcitrante de toutes les provinces qui signe un communiqué inclus dans la loi et auquel on fait référence dans tout le projet de loi, et qui fera l'objet d'un examen du Parlement tous les trois ans.

À mon avis, le verre est à moitié vide ou à moitié plein. Dans une certaine mesure, cela ne satisfait peut-être pas ceux d'entre nous qui pensent qu'il devrait y avoir des mécanismes de responsabilisation plus rigides, mais nous avons fait beaucoup de progrès.

Le sénateur Cochrane : Monsieur Thibault, vous avez ouvert une boîte de Pandore pour moi. Vous avez parlé de la faculté de médecine et de la région de St. John's, qui est une faculté réputée mais en réalité, nous n'avons pas les moyens de nous la permettre. C'est une faculté très coûteuse pour nous.

Pourquoi ne pas envisager l'idée de créer une faculté de médecine régionale dans les provinces de l'Atlantique? Ce serait merveilleux. Je ne crois pas que nous puissions nous permettre la faculté de médecine que nous avons.

M. Thibault : Si je puis vous donner mon opinion personnelle à ce sujet, je ne crois pas que le projet de loi C-39 porte sur cette question.

Le sénateur Cochrane : Non, mais vous avez parlé de la faculté de médecine.

M. Thibault : Cela va à l'encontre de ce que les gens pensent actuellement. Le système de formation de Cuba renferme des exemples de ce genre, non pas que je dise que nous voulons nécessairement reproduire cela au Canada, mais il est bon de voir ce que les autres font. L'opinion aujourd'hui, c'est qu'on doit former les gens le plus près possible de la région où on veut qu'ils travaillent si on veut pouvoir donner le service à toute la population.

Si nous faisons la même chose dans la région de l'Atlantique, ce serait bon pour Terre-Neuve si tous les crédits sont accordés à l'Université Memorial, mais s'ils sont versés à l'Université Dalhousie, ce n'est plus bon pour Terre-Neuve. Si vous regardez ce qu'on est en train de faire en Ontario où on donne de la formation aux gens dans les collectivités nordiques et dans les professions de nursing où même on donne plus de formation dans les collectivités inuites et dans les régions éloignées, il y a de meilleures chances que les gens restent et travaillent dans les collectivités s'ils ont reçu la formation plus près de chez eux. Sortir les gens de leur environnement de 18 à 27 ans et s'attendre à ce qu'ils reviennent dans leurs régions éloignées, c'est un peu risqué.

How you finance that is interesting. It is a problem we face in the Atlantic area and in Nova Scotia. There are a lot of university seats per capita in Atlantic Canada and we are very proud of that and would never want to lose that. We are proud of the students who come to us from all over the country and other parts of the world but it is expensive. We would like to see the money come with those students.

Perhaps in the future, we can see a system where the federal government assists students more to go to the schools so that the students pay and not so much the province. On the other hand, the federal government does assist in the transfers for education and for specialty institutions. There have been huge investments in the last few years with the Canadian Foundation for Innovation and research chairs and other bodies to upgrade the capacities of those institutes in other parts of the country.

Senator Cochrane: There must be a give and take within the provinces, because everything is so expensive today. We have to look at what is best for everyone.

The Dalhousie law school in Nova Scotia services all of Atlantic Canada and is doing wonderfully well.

Mr. Thibault: Yes, but you have UNB and the University of Moncton.

Senator Cochrane: Most of my people go to Dalhousie from Newfoundland, and there are no complaints about it and it is wonderful. I was wondering if we could do something like that with a medical facility.

Mr. Thibault: That is an interesting point and maybe it is one for discussion between the premiers of Atlantic Canada.

We have done some of that in Atlantic Canada. Prince Edward Island is now the primary trainer in the veterinary field.

Senator Cochrane: Yes, and that is doing well.

Mr. Thibault: From a medical point of view, it is a little different. I would like one more medical school. I would like there to be a francophone medical school in Atlantic Canada, perhaps in Moncton.

Senator Cochrane: I think that nurses should be given more input into our whole health care system.

Mr. Thibault: I do not disagree with you.

Senator Cochrane: Is that for the federal government or the provinces to take care of?

Mr. Thibault: Part of the initiatives that we are undertaking will look at questions like. We will consider the multi-disciplinary approach. We will see whether our health care professionals are being used to their optimum level and see if there is a better way

La façon de financer est intéressante. C'est un problème que nous avons dans la région de l'Atlantique et en Nouvelle-Écosse. Il y a beaucoup de places dans les universités par habitant dans la région de l'Atlantique, nous en sommes très fiers et nous ne voudrions pas les perdre. Nous sommes fiers des étudiants qui viennent étudier chez nous en provenance de toutes les régions du pays et du monde, mais c'est coûteux. Nous aimerions que l'argent suive ces étudiants.

Peut-être à l'avenir, pourrions-nous avoir un système où le gouvernement fédéral aidera davantage les étudiants à fréquenter les facultés de sorte que les étudiants paient et que ce ne soit pas tant la province qui le fasse. Par contre, le gouvernement fédéral accorde effectivement son aide dans les transferts au titre de l'éducation et pour les établissements spécialisés. Au cours des dernières années, il y a eu d'énormes investissements à la Fondation canadienne pour l'innovation, des chaires de recherche et d'autres organismes pour mettre à niveau les capacités de ces instituts dans d'autres régions du pays.

Le sénateur Cochrane : Ça doit être donnant donnant dans les provinces, parce que tout coûte tellement cher aujourd'hui. Il faut voir ce qui est le mieux pour tout le monde.

La faculté de droit de Dalhousie en Nouvelle-Écosse sert toute la région de l'Atlantique et fait un travail absolument merveilleux.

M. Thibault : Oui, mais vous avez aussi l'Université du Nouveau-Brunswick et l'Université de Moncton.

Le sénateur Cochrane : La plupart des gens de chez nous, à Terre-Neuve, vont à l'Université Dalhousie et personne ne s'en plaint, c'est merveilleux. Je me demandais si nous pourrions faire quelque chose comme cela avec la faculté de médecine.

M. Thibault : C'est là un point de vue intéressant et dont les premiers ministres de la région de l'Atlantique pourraient peut-être discuter.

Nous avons fait quelque chose du genre dans la région de l'Atlantique. L'Île-du-Prince-Édouard est maintenant le principal centre de formation dans le domaine vétérinaire.

Le sénateur Cochrane : Oui, et ça fonctionne bien.

M. Thibault : D'un point de vue médical, c'est un peu différent. J'aimerais avoir une faculté de médecine de plus. J'aimerais qu'il y ait une faculté de médecine francophone dans la région de l'Atlantique, peut-être à Moncton.

Le sénateur Cochrane : Je pense que les infirmiers devraient avoir davantage leur mot à dire dans tout notre système de soins de santé.

M. Thibault : Je suis d'accord avec vous.

Le sénateur Cochrane : Est-ce que c'est le gouvernement fédéral ou les provinces qui devraient s'occuper de cela?

M. Thibault : Certaines des initiatives que nous entreprenons actuellement porteront sur des questions comme celle-là. Nous allons envisager l'approche multidisciplinaire. Nous allons voir si nos professionnels des soins de santé sont utilisés à leur niveau

to provide primary health care. We have to be open with this is part of the process.

Senator Cochrane: Nurses could substitute in many cases for doctors in rural areas where they have communication with a central hospital. We have to look at new ideas because in my view, this is not working. I do not know if putting more money into something like this will work again. We should be looking at new formulas, methods and strategies.

Mr. Thibault: I agree wholeheartedly.

The Deputy Chairman: We have built magnificent health science centres but now we need family physicians, and they are being trained in quaternary centres. That does not make sense. They should be trained in community health units, as they are in other countries. Unfortunately, none of us have addressed that issue. We did not address it in our committee study and neither does this accord or Bill C-39. We have to think about that, because we have such tremendous opportunities with this huge infusion of funds. We have to think about strings we can tie to this to change things.

Mr. Thibault: You are right. I do not think anyone sees this as a panacea. With regard to training of general practitioners, I met two weeks ago with the federation of doctors in training. They explained to me that their debt load and the low salaries they make in their residency years encourages them to go into the highest paying specialty rather than the practice which is nearest to their hearts. We have to look at questions like that in the future.

Senator Trenholme Counsell: I find this all very exciting. Of course, it is never enough.

I have been reading about accountability, reporting and collaboration, and there is a lot here on that. I hope that there will be more collaboration across the land than we have ever seen before. Much of this reporting is to the provinces and the first reporting back to the federal government will be in three years.

Mr. Thibault: The reporting is continuous. The provinces report to their people. It is brought together in a single report annually by the Canadian Institute for Health Information and the Canadian Health Council. The first Parliamentary review is in 2008 and the second review is in 2011.

Senator Trenholme Counsell: That is very good. I understand that the goal is to establish comparable indicators and evidence-based benchmarks, but we must encourage, through the first ministers, the maximum amount of sharing, because with indicators, benchmarks, targets, et cetera, it is only by putting the best minds together that you get the best answer.

optimal et s'il y a une meilleure façon d'offrir des soins de santé primaires. Il faut faire preuve d'ouverture à l'égard de ce processus.

Le sénateur Cochrane : Dans bien des cas, les infirmiers pourraient remplacer les médecins dans les régions rurales s'ils sont en contact avec un hôpital central. Il faut envisager de nouvelles idées parce qu'à mon avis, le système actuel ne fonctionne pas. Je ne sais pas si le fait d'injecter plus d'argent dans quelque chose comme cela fonctionnera à nouveau. Nous devrions envisager de nouvelles formules, de nouvelles méthodes et de nouvelles stratégies.

M. Thibault : Je suis tout à fait d'accord.

Le vice-président : Nous avons construit de magnifiques centres des sciences de la santé, mais aujourd'hui, nous avons besoin de médecins de famille, de médecins qui sont actuellement formés dans des centres désuets. Cela n'a pas de sens. Ils devraient être formés dans des unités de santé communautaire, comme c'est le cas dans d'autres pays. Malheureusement, personne d'entre nous n'a abordé la question. Nous ne l'avons pas abordée dans notre étude en comité, ni dans cet accord ni dans le projet de loi C-39. Il nous faut y réfléchir, parce que cette injection de fonds énorme nous offre tellement de possibilités incroyables. Il faut réfléchir à des questions comme cela pour changer les choses.

M. Thibault : Vous avez raison. Je ne crois pas que personne ici voie cela comme une panacée. En ce qui concerne la formation des médecins généralistes, j'ai rencontré il y a deux semaines des membres de la fédération des médecins résidents qui m'ont expliqué que leur dette et les faibles salaires qu'ils reçoivent au cours de leurs années de résidence les encouragent à opter pour les spécialités les plus payantes plutôt que pour la pratique qui leur tient le plus à cœur. Il faut examiner des questions comme celles-là à l'avenir.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je trouve cela très emballant. Bien sûr, ce n'est jamais assez.

J'ai lu des documents sur la responsabilisation, les rapports et la collaboration, et il y a beaucoup de choses là-dessus. J'espère que d'un bout à l'autre du pays, on assistera à une plus grande collaboration, la plus grande qu'on n'ait jamais vue. C'est aux provinces qu'on fait la plupart des rapports et le premier rapport qui devra être présenté au gouvernement fédéral devra l'être dans trois ans.

M. Thibault : Il s'agit de rapports constants. Les provinces font rapport à leurs populations. Ces rapports seront rassemblés en un seul rapport annuel par l'Institut canadien d'information sur la santé et le Conseil canadien de la santé. Le premier examen par le Parlement aura lieu en 2008 et le second en 2011.

Le sénateur Trenholme Counsell : C'est très bien. Je crois comprendre que l'objectif est d'établir des indicateurs de comparaison et des jalons fondés sur des données probantes, mais nous devons encourager, par l'entremise des premiers ministres, la plus grande diffusion possible de l'information parce qu'avec des indicateurs, des jalons, des cibles, et cetera, ce n'est qu'en réunissant les plus grands esprits que vous obtiendrez la meilleure réponse.

I am disappointed that the objective is for only 50 per cent of Canadians to have 24/7 access to multi-disciplinary teams by 2011. Perhaps that means newly-developed, best practices multi-disciplinary teams, or does it mean primary health care?

What percentage of Canadians has a family doctor now?

Mr. Thibault: I could not tell you.

Senator Trenholme Counsell: Could you elaborate on that? It seems to me to be a weak objective.

Mr. Thibault: I am as disappointed as you are; I want it to be 100 per cent. If it is only going to be 50 per cent, that 50 per cent has to be in rural areas. I am afraid that the powers that be might decide to pick the low-hanging fruit by providing that service in urban areas. It is much easier to do in the urban areas, and that would give the 50 per cent result. I hope that the provinces, which are responsible to their people, will balance this through the provinces.

This is talking about structural change. When we as a nation set a target like this, it does not encompass everything that we want to accomplish. It does not give 100 per cent perfection, but imagine all the steps that have to be taken to reach that. Imagine all the areas that will be at 70 per cent or 80 per cent. If you reach that goal, imagine how much you will have improved the system throughout all communities of the nation. Even if there is not a full multi-disciplinary team available everywhere 24 hours a day, seven days a week, everything should improve. A rising tide floats all ships.

Senator Trenholme Counsell: I do understand that the goal is not just family doctors but the availability of the health care team, which would be far better than what we have now. In reference to a health care team, 50 per cent is good.

You speak of e-prescribing under electronic records and telehealth. This is something that must be monitored and scrutinized very carefully because it is very close to the situation with Internet pharmacies, although that is a cross-border issue.

I hope that is being studied carefully to ensure that if this is allowed under provincial jurisdiction, a doctor or nurse who signs an e-prescription has actually examined the patient.

Mr. Thibault: That is the concern with cross-border Internet pharmacies. The concern is whether a doctor-patient relationship has been established.

This would ensure the maintenance of such a relationship while taking advantage of modern technology and assisting in isolated areas where it is difficult to have face-to-face contact at all times.

Je suis déçue de voir que l'objectif d'accès à des équipes de soins multidisciplinaires 24 heures sur 24, sept jours sur sept d'ici à 2011 ne vise que 50 p. 100 des Canadiens. Peut-être parle-t-on ici d'équipes multidisciplinaires ayant des pratiques exemplaires nouvellement développées ou veut-on parler des soins de santé primaires?

Quel pourcentage de Canadiens a aujourd'hui un médecin de famille?

M. Thibault : Je ne saurais pas vous le dire.

Le sénateur Trenholme Counsell : Pourriez-vous donner plus de détails à ce sujet? Il me semble que l'objectif est faible.

M. Thibault : Je suis aussi déçu que vous; j'aimerais que ce soit 100 p. 100. Si ce n'est que 50 p. 100, ces 50 p. 100 de Canadiens doivent être dans les régions rurales. Je crains que les autorités en présence n'optent pour la facilité en n'offrant ce service qu'aux régions urbaines. Cela est beaucoup plus facile à faire dans les régions urbaines, et ça nous donnerait le résultat de 50 p. 100. J'espère que les provinces, qui ont des comptes à rendre à leur population, vont établir un équilibre entre ces clientèles.

Nous parlons ici de changement de structure. Quand, en tant que pays, nous établissons une cible comme celle-ci, cela n'englobe pas tout ce que nous souhaitons accomplir. Ce n'est pas une solution parfaite à 100 p. 100, mais imaginez toutes les étapes qui doivent être franchies pour y parvenir. Imaginez tous les secteurs qui seront à 70 ou à 80 p. 100. Si vous atteignez cet objectif, imaginez à quel point vous aurez amélioré le système dans toutes les collectivités du pays. Même si une équipe multidisciplinaire complète n'est pas disponible partout 24 heures sur 24, sept jours sur sept, le service devrait s'améliorer partout. La marée montante remet à flot tous les bateaux.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je crois comprendre que l'objectif n'est pas seulement les médecins de famille, mais la disponibilité de l'équipe de soins de santé, ce qui serait beaucoup mieux que ce nous avons maintenant. En ce qui concerne l'équipe des soins de santé, l'objectif de 50 p. 100 est louable.

Vous avez parlé d'ordonnances en ligne dans les dossiers électroniques et la télésanté. C'est là une chose qui doit être surveillée et examinée de près parce que cela ressemble beaucoup à la situation des pharmacies en ligne, même si cela est plutôt un problème transfrontalier.

J'espère que cette question est étudiée attentivement pour s'assurer que si les lois provinciales le permettent, un médecin ou une infirmière qui signe une ordonnance en ligne a en fait examiné le patient.

M. Thibault : C'est ce qui est préoccupant au sujet des pharmacies en ligne transfrontalières. Ce qui est important, c'est de s'assurer qu'il y a eu contact entre le médecin et le patient.

Ainsi, on assurerait le maintien d'une telle relation tout en profitant de la technologie moderne et en aidant les régions isolées où il est difficile d'avoir un contact direct en tout temps.

Ms. Ballantyne: This is meant to be within the context of an established patient-physician relationship. E-prescribing is a method of reducing adverse events that are the result of poor handwriting resulting in pharmacists not being able to read the script. You are absolutely right that many checks and balances must be included in the system to ensure that privacy is maintained and that all concerns of the patient, the physician and the pharmacist are taken into consideration. This is a long-term, structural issue that is currently being worked on with Canada Health Infoway.

Senator Trenholme Counsell: This has brought our health care system to a new level of accountability, planning, vision and financing that will be reflected in the results at each stage. That some of this is meant to be reported as early as December 2005 is commendable.

Senator Carstairs: I am a little concerned with our debate and discussion today in that it looks as if there is no federal presence in health care.

We talk about the money all going to the provinces and the provinces delivering it. That is simply not the case. There are still considerable amounts of money left with the federal government for the federal government to buy the very change that we are talking about the provinces also having to buy into.

For example, Ms. Ballantyne and I have worked closely on an initiative. The federal government put in \$1.25 million, and with that money, all undergraduate physicians will be trained in palliative medicine.

That is the kind of initiative that the federal government can still engage itself in and buy significant change in this country.

Are there other things that the federal government will still be able to do in order to buy the very change and to set the direction to make it easy for the provinces to buy in?

Mr. Thibault: The other day I sat with Dr. Bernstein of the Canadian Institute for Health Research, and he showed me some of the projects they have done with 100 per cent federal money. We do not create new institutions or new institutes. We work with the researchers out there and the peer reviewed process to decide which projects get financed.

They showed me some very simple things, and I wish I had the list with me. We have discovered the one type of treatment is as efficient as another, and the total Canadian system ends up saving a few hundred million dollars a year from these procedures or different treatments. That continues to go on. That is an example of the federal initiative supporting everyone.

Mme Ballantyne : Ce système doit être établi dans le contexte d'un contact direct entre le patient et le médecin. Les ordonnances en ligne sont une méthode visant à réduire les conséquences négatives qui sont le résultat d'une écriture difficile à déchiffrer chez les pharmaciens qui ne sont pas capables de lire l'ordonnance. Vous avez tout à fait raison de dire que de nombreux contrôles doivent être inclus dans le système pour s'assurer que la protection des renseignements personnels est maintenue et que toutes les inquiétudes du patient, du médecin et du pharmacien sont prises en considération. C'est là un problème de structure à long terme qui est actuellement examiné avec l'Inforoute Santé du Canada.

Le sénateur Trenholme Counsell : Cela amène notre système de soins de santé à un nouveau niveau de responsabilisation, de planification, de vision et de financement dont les résultats rendront compte à chaque étape. On doit se réjouir que certains de ces éléments doivent faire l'objet d'un rapport dès décembre 2005.

Le sénateur Carstairs : Notre débat et nos discussions d'aujourd'hui m'inquiètent un peu en ce sens qu'on parle comme s'il n'y avait aucune présence fédérale dans le domaine des soins de santé.

Il est question de l'argent qui est accordé aux provinces et des provinces qui offrent les services. Ce n'est tout simplement pas le cas. Il reste des sommes considérables qui permettront au gouvernement fédéral de réaliser les changements dont nous parlons et que les provinces devront aussi accepter.

Par exemple, Mme Ballantyne et moi avons travaillé en étroite collaboration à un projet. Le gouvernement fédéral a versé 1,25 million de dollars et avec cet argent, tous les étudiants en médecine recevront une formation en médecine palliative.

Voilà le genre d'initiative dans laquelle le gouvernement fédéral peut encore s'engager et provoquer des changements importants au Canada.

Y a-t-il d'autres choses que le gouvernement fédéral sera encore capable de faire pour réaliser les changements comme tels et établir une orientation pour faire en sorte que les provinces aient de la facilité à les accepter?

M. Thibault : L'autre jour, j'ai rencontré le Dr Bernstein des Instituts de recherche en santé du Canada qui m'a montré certains des projets que les Instituts ont réalisés avec un financement fédéral à 100 p. 100. Nous ne créons pas d'institutions ou d'instituts. On travaille avec les chercheurs en place et on utilise le processus d'évaluation par les pairs pour décider quels projets sont financés.

On m'a montré des choses très simples, je regrette de ne pas avoir la liste avec moi. On a découvert qu'un type de traitement est aussi efficace qu'un autre, et que tous les systèmes canadiens réalisent des économies de centaines de millions de dollars par année grâce à ces procédures ou à ces traitements différents. Et la liste se poursuit. Voilà un exemple de l'initiative fédérale qui vient en aide à tout le monde.

Another example is Canada Health Infoway. The provinces are all involved with us, but the big federal money will give us the data and a way of having the electronic information system that we all need to make the system more efficient. That is another great initiative.

We do a great deal of federal spending and we are the fifth largest deliverer of health services. We stand behind the police, the veterans, the Aboriginal communities and the military. There is always room for efficiencies and we continue to learn. Look at the reactions we took after we heard from the Auditor General.

In this budget we have added another \$805 million for the next five years for direct health funding, \$75 million over five years to accelerate and expand the assessment and integration of internationally educated health care professionals, \$15 million to complement federal wait time for federal-provincial-territorial initiatives, \$110 million to improve data collection reporting, \$300 million to encourage healthy living and control and diagnosis of diseases, and a number of others. These are other initiatives that can be done by the federal government, and that will be done, in addition to this transfer to the provinces. That is in this year's budget and outside of this agreement.

Senator Fairbairn: Thank you very much. It is nice to be sitting at this table again. I am sorry I was late. I may have missed a few things that would have answered my questions.

I wanted to come today because of the nature of the issue that we are addressing. I do agree with what others have said about there having been a tremendous boost to this truly indispensable area through the budget and through other actions that have been taken over the last year.

In your remarks, Mr. McKay, you talk about how the provinces and territories, through new funding, will have the flexibility to access the third party trust funding, according to their priorities. This will allow them to address priorities such as clearing backlogs and hiring more health professionals.

One of the biggest problems that seemed to come before this committee over and over again is that we are still far behind in acquiring the health professionals that we need. We understand that we are faced with this situation because of cut-backs that occurred 10-or-so years ago. At that time we cut-back on the admission and teaching of doctors and nurses.

When you talk about hiring more health professionals, just where will they come from? Is there not still a huge deficit in our both nurses and doctors?

L'Inforoute Santé du Canada en est un autre. Les provinces travaillent toutes avec nous, mais les importants crédits fédéraux vont nous fournir les données et un moyen d'avoir le système d'information électronique dont nous avons tous besoin pour que le système soit plus efficace. Voilà une autre initiative extraordinaire.

Le gouvernement fédéral verse beaucoup d'argent, et nous sommes au cinquième rang parmi les fournisseurs de services de santé. Nous offrons des services de santé aux policiers, aux anciens combattants, aux collectivités autochtones et aux militaires. Il y a toujours place pour l'amélioration et nous continuons d'apprendre. Regardez comment nous avons réagi après avoir pris connaissance du rapport de la vérificatrice générale.

Dans le budget de cette année, nous avons ajouté une autre tranche de 805 millions de dollars pour les cinq prochaines années au titre du financement direct des soins de santé, 75 millions de dollars sur cinq ans pour accélérer et élargir l'évaluation et l'intégration des professionnels des soins de santé qui ont fait leurs études à l'étranger, 15 millions de dollars pour les initiatives fédérales-provinciales-territoriales visant à réduire les délais d'attente, 110 millions de dollars pour améliorer les rapports sur la collecte de données, 300 millions de dollars pour encourager une vie saine, un contrôle et un diagnostic des maladies, et plusieurs autres choses. Le gouvernement fédéral peut réaliser d'autres initiatives, et il le fera, en plus de ce transfert aux provinces. C'est prévu dans le budget de cette année et à l'extérieur de la présente entente.

Le sénateur Fairbairn : Merci beaucoup. C'est agréable d'être assise à cette table à nouveau. Je m'excuse, je suis en retard. J'ai peut-être manqué certaines choses qui auraient pu répondre à mes questions.

Je tenais à être là aujourd'hui étant donné la nature de la question que nous discutons. Je suis tout à fait d'accord avec les autres quand ils disent que l'on assiste actuellement à une incroyable remise en état de ce système absolument indispensable grâce au budget et à d'autres mesures qui ont été adoptées au cours de l'an dernier.

Monsieur McKay, dans vos observations, vous parlez des provinces et des territoires qui, grâce au nouveau financement, auront la souplesse nécessaire pour accéder à du financement en fiducie de tierces parties, selon leurs priorités. Cela leur permettra de répondre à des priorités comme éliminer les arriérés et engager plus de professionnels de la santé.

L'un des plus gros problèmes qui semblent avoir été abordés devant notre comité à maintes reprises, c'est que nous traînons toujours de l'arrière pour ce qui est du recrutement des professionnels de la santé dont nous avons besoin. Nous comprenons que nous faisons face à cette situation à cause des compressions qui ont été faites il y a dix ans ou à peu près. À ce moment-là, nous avons réduit le nombre d'admissions dans les universités et l'enseignement aux médecins et aux infirmiers.

Quand vous parlez d'engager plus de professionnels de la santé, où est-ce que vous allez les trouver? N'y a-t-il pas encore une pénurie énorme chez nos infirmiers et nos médecins?

Are we thinking of using some of the resources in this large amount of money to encourage people to enter these professions?

It takes a long time to become a doctor or a nurse, and longer to become a specialist.

Are we thinking of importing people from elsewhere?

In your vision, how will we get the number of people that we need to care for our Canadian citizens who are in need of care, in need of operations, in need of all sorts of things?

We do not have that pot of people here in Canada.

Mr. Thibault: You raise an interesting social dilemma. We, as a nation, want to assist developing countries to maximize their social and economic welfare. If we go into those countries and bring all their doctors out because we need them here, it is contrary to what we are trying to do. Often we are forced into that position, or they seek to come here because of the advantages of the Canadian practice. That is part of it, and their foreign credentials are part of the solution.

Having new places in the medical schools is part of the solution. We have done some expansions and there are expansions yet to be done. We have done the same with nursing schools, as well as technicians in the medical trades, and there are still things to happen there. There is additional training that can be given to some of those professionals that will help them enjoy their career for a longer period of time. In some of the professions, we have seen people leave the job early because the work is difficult to do for a long time. There might be solutions to be found in that problem. There is the use of other professionals that we are not using now, such as the question of nurse practitioners and physician's assistants. There is a lot of potential to maximize the people we have now by giving them the proper tools to do their work.

I will give the example of the Yarmouth hospital, a small regional health centre that services a few of my communities. We, through the medical equipment fund, were able to help them. They are putting in an MRI, but we were able to help them with a brand new CAT scan machine and a brand new digital X-ray machine, all connected by high-speed Internet access. The doctors and radiologists and technicians working there now can accomplish a lot more in the amount of time that they have because of the speed of the machinery and the new technology. They also have access to second opinions from people anywhere in the world who are equipped with wide-band Internet access and have the same equipment. It makes it more attractive for professionals to work in those settings.

Est-ce que l'on songe à utiliser une partie de ces sommes d'argent énormes pour encourager les gens à choisir ces professions?

Ça prend beaucoup de temps pour devenir médecin ou infirmier, encore plus pour devenir spécialiste.

Est-ce que l'on songe à aller chercher des gens ailleurs?

D'après vous, comment allons-nous trouver les personnes qu'il nous faut pour s'occuper de nos citoyens canadiens qui ont besoin de soins, d'opérations, de toutes sortes de choses?

Nous n'avons pas ce réservoir de ressources humaines ici au Canada.

M. Thibault : Vous soulevez là un dilemme social intéressant. Le Canada veut aider les pays en développement à maximiser leur bien-être économique et social. Si nous allons dans ces pays et que nous ramenons tous leurs médecins chez nous parce que nous en avons besoin ici, c'est contraire à ce que nous tentons de faire. Souvent, nous sommes forcés à adopter cette position, ou encore les médecins cherchent à venir ici pour les avantages de la pratique canadienne. Cela fait partie du dilemme, et leurs diplômes étrangers font partie de la solution.

Créer de nouvelles places dans les facultés de médecine, c'est aussi une partie de la solution. Nous avons fait du progrès, mais il en reste encore à faire. Nous avons fait la même chose avec les facultés de nursing, avec les techniciens dans les métiers médicaux, mais il y a encore place pour l'amélioration. On peut donner une formation supplémentaire à certains de ces professionnels, ce qui les aidera à poursuivre leur carrière plus longtemps. Dans certaines des professions, des gens ont pris une retraite anticipée parce qu'il est difficile de faire ce travail longtemps. Il peut y avoir des solutions à ce problème. Prenons par exemple le recours à d'autres professionnels auxquels nous ne recourons pas actuellement comme les infirmiers praticiens et les assistants de médecins. Nous pouvons faire beaucoup pour perfectionner au maximum les gens que nous avons actuellement en leur donnant les bons outils pour faire leur travail.

Je vais vous donner l'exemple de l'hôpital de Yarmouth, un petit centre de santé régional qui dessert quelques-unes des collectivités de ma province. Grâce au fonds pour les équipements médicaux, nous avons été capables de les aider. On est en train d'installer un système d'imagerie par résonance magnétique, mais nous avons pu aider l'hôpital en lui achetant un tout nouveau tomodensitomètre et une toute nouvelle machine numérique de radiographie, tous reliés à un accès Internet à haute vitesse. Les médecins, les radiologistes et les techniciens qui travaillent à cet hôpital peuvent accomplir maintenant beaucoup plus dans les délais qui leur sont impartis à cause de la vitesse de la machine et de la nouvelle technologie. Ils peuvent aussi demander l'opinion d'autres personnes qui sont équipées d'un accès Internet à large bande et qui ont le même équipement, partout au monde. C'est plus intéressant pour les professionnels de travailler dans ce genre d'environnement.

There is not one easy solution, but there are a whole lot of them. I am not sure it applies as much to the nursing profession as it does to physicians, but we will compound the problem if we have a lot of people leaving the profession in the coming decade, because there is a gap.

The other thing I wanted to point out is that we are, together with the provinces, creating residency positions. That has been a problem. We need those positions, and we need those capabilities.

Mr. McKay: Mr. Thibault has given you a specific answer. Maybe I can give a general answer.

When I travel with the minister and we visit with the provincial treasurers one thing they repeatedly say is that the transfers from the federal government are so unpredictable that they never know just how much money they will get in any given year.

This is a 10-year agreement and the sums are fixed. There is a 6 per cent escalator and the provinces know exactly how much funding they will get for the next 10 years, within some minor area of adjustment.

In the event that a province chooses to open a medical school or to close a medical school or open a nursing school, they now have a stable level of funding. Effectively, the Government of Canada has bought the risk. There is no possibility that whenever things turn bad, the provinces will suffer. We bought down the risk and have appropriated what is essentially an economic risk to the federal treasury.

The Deputy Chairman: I will make a point that is a little bit irrelevant, but since you are in great positions to listen, I will make it.

You should do the same for the Canadian Institutes of Health Research. There is a terrible problem there that they are on annual funding. They really do not know how much money is coming in until the budget is announced. The granting system is enormously complex. Good scientists go out of business because they cannot have that transitional funding.

I know you have to change the system, it is not simple, but between the two of you, if you put a pot of money someplace that would allow those 13 institutes to have enough flexibility to carry a good scientist when he gets caught on the cut-off, you would be making an enormous contribution. I am sorry for taking time out from the other issues to raise this issue.

Mr. Thibault: I agree with you 100 per cent. That is one of the things we will have to look at. Dr. Bernstein explained the conundrum to me. We have two systems under which we are operating. If you look at a system like Canada Health Infoway, where we create a foundation and we put in a pot of money and they use it as needed, they have that stability and they can make long-term contracts.

It is not that the Canadian Institutes for Health Research does not know how much money they will receive, but the way that the Financial Administration Act works, they cannot commit to a multi-year research program. It ends up that there must be

Il n'y a pas de solution unique, il y en a plusieurs. Je ne suis pas certain si cela s'applique autant à la profession de nursing qu'à la médecine, mais nous allons aggraver le problème si beaucoup de gens quittent la profession au cours de la prochaine décennie parce qu'il y aura une lacune à combler.

L'autre chose que je voulais ajouter, c'est que de concert avec les provinces, nous sommes en train de créer des postes de résidence. C'est un problème. Nous avons besoin de ces postes et nous avons besoin de ce savoir-faire.

M. McKay : M. Thibault vous a donné une réponse précise. Peut-être puis-je donner une réponse générale.

Quand je voyage avec le ministre et que nous rencontrons les trésoriers provinciaux, on nous répète sans cesse que les transferts du gouvernement fédéral sont tellement imprévisibles qu'ils ne savent jamais combien d'argent ils auront au cours d'une année.

L'entente est une entente de dix ans et les sommes sont fixes. Il y a une clause d'indexation de 6 p. 100 et les provinces savent exactement combien d'argent elles obtiendront pour les dix prochaines années, avec certains ajustements mineurs.

Advenant qu'une province choisit d'ouvrir une faculté de médecine ou d'en fermer une ou d'ouvrir une faculté de nursing, elle a maintenant un financement stable. Effectivement, le gouvernement du Canada a acheté le risque. Il n'y a aucune possibilité que même si les choses tournent mal, les provinces en souffrent. Nous avons assumé ce risque et évalué ce qui est essentiellement un risque économique pour le trésor fédéral.

Le vice-président : Je vais soulever un élément qui manque un peu de pertinence, mais puisque vous êtes rivés à vos sièges, je vais en profiter.

Vous devriez faire la même chose pour les Instituts de recherche en santé du Canada. Ces instituts ont un grave problème de financement tous les ans. Ils ne savent jamais combien d'argent leur sera versé tant que le budget n'est pas annoncé. Le système d'attribution des crédits est hautement complexe. De bons scientifiques quittent leur domaine parce qu'ils ne peuvent avoir le financement de transition.

Je sais qu'il faut changer le système, ce n'est pas simple, mais entre vous deux, si vous versiez de l'argent qui permettrait à ces 13 instituts d'avoir suffisamment de souplesse pour garder un bon scientifique lorsqu'il manque d'argent, vous apporteriez une contribution énorme. Je suis désolé d'avoir pris du temps de l'étude des autres questions pour soulever celle-ci.

M. Thibault : Je suis d'accord avec vous à 100 p. 100. C'est l'une des choses que nous allons devoir examiner. Le Dr Bernstein m'a expliqué le problème. Nous disposons de deux systèmes. Si vous prenez un système comme l'Inforoute Santé du Canada, nous créons une fondation et versons de l'argent qu'elle utilise au besoin, cette inforoute a la stabilité nécessaire et peut réaliser des contrats à long terme.

Ce n'est pas que les Instituts de recherche en santé du Canada ne savent pas combien d'argent ils recevront, mais ce qui est un problème, c'est la façon dont la Loi sur la gestion des finances publiques fonctionne, ils ne peuvent s'engager dans un

good-faith negotiations with the researcher. I am thinking of Dr. Mendez at Dalhousie University who will have to take a little bit of a leap of faith, rather than accept a position in Bolivia or Chile where they can give him a 10-year contract.

There is the problem with the foundations — I do not consider it a problem, but some people do — that there is such a long leash out there, and then there is the Canadian Institute for Health Research that has a very short leash.

It would be good to find something between the two so that these researchers would know where they would likely be in five years or 10 years. Perhaps this would speed along our advances in eliminating some of the terrible diseases.

Mr. McKay: If you placed the call to the Auditor General, we would appreciate it.

[Translation]

Senator Pépin: So, with the Infoway program, the federal government provides funding to the provinces who then administer the funds and decide who can participate in projects and who is accountable?

Mr. Thibault: Infoway works on the same principle as a foundation with precise objectives to be reached. The federal government, the provinces and territories are equal Infoway partners. Deputy ministers from all those levels of government are on the Board of Directors. The President holds a permanent appointment. Board members grant funds for research or development projects according to the objectives set.

Senator Pépin: This will be done on the federal, provincial and territorial levels?

Mr. Thibault: Yes, but differently because the funds come from the federal government. People say they are frustrated with the slow pace of the program but around \$170 million have been advanced for projects that require time to plan because we want to find the appropriate solutions. It is a complex issue to bring all the management and computer systems of the provinces and territories to a common base. The challenge is great, but so are the benefits.

Senator Pépin: Quebec's drastic cuts in physician and nursing jobs have created a shortage of medical personnel that will take a dozen years to fill. Yet, in Montreal, there are many immigrant doctors who are driving taxis. Though they are qualified physicians, they must train for an additional one or two years before they can be certified by the Collège des médecins du Québec. Making them eligible for the same loans and bursaries as our own students would ease their integration in the medical

programme de recherche pluriannuel. Il s'avère qu'il doit y avoir des négociations de bonne foi avec le chercheur. Je pense au Dr Mendez de l'Université Dalhousie qui devra avoir un petit peu confiance au système au lieu d'accepter un poste en Bolivie ou au Chili où on lui accorde un contrat de dix ans.

C'est ça le problème avec les fondations — je ne considère pas cela comme un problème, mais certaines personnes oui — à savoir qu'en général la laisse est longue, et puis il y a les Instituts de recherche en santé du Canada qui n'ont pas beaucoup de marge de manœuvre.

Il serait bien de trouver un compromis entre les deux de sorte que ces chercheurs sachent ce qu'ils obtiendront probablement dans cinq ou dix ans. Peut-être cela accélérerait-il nos progrès dans l'élimination de certaines maladies terribles.

M. McKay : Si vous soumettiez le problème à la vérificatrice générale, nous l'apprécierions.

[Français]

Le sénateur Pépin : Selon le programme Infoway, le gouvernement fédéral va donner des fonds aux provinces et ce sont elles qui les administreront, qui décideront qui travaillera sur ces programmes et qui sera responsable?

M. Thibault : Infoway fonctionne sur le même principe qu'une fondation, avec des objectifs précis à rencontrer. Le gouvernement fédéral, les provinces et territoires sont membres d'Infoway à parts égales. Le conseil d'administration est formé de sous-ministres venus de tous ces paliers de gouvernement. Le président y est nommé à titre permanent. Ce sont les membres du conseil d'administration qui, connaissant les objectifs, verront comment octroyer les fonds pour les projets de recherche ou de développement.

Le sénateur Pépin : Cela se fera aux paliers fédéral, provincial et territorial?

M. Thibault : Oui, mais différemment, parce que les fonds viennent du gouvernement fédéral. On parle de la lenteur du programme, qu'on se sent frustré, mais quelque 170 millions de dollars ont été avancés pour des projets. Ces projets demandent du temps pour la planification, parce qu'on veut trouver les solutions appropriées. C'est difficile de ramener sur une base commune les systèmes de gestion et d'informatique des provinces et territoires. Le défi est énorme mais les bénéfices le seront également.

Le sénateur Pépin : Les compressions draconiennes des postes chez les médecins et les infirmières au Québec ont créé une pénurie du personnel médical, qui prendra une dizaine d'années avant d'être comblée. Par exemple, à Montréal, on retrouve beaucoup de médecins parmi les immigrants qui travaillent comme chauffeurs de taxi. Bien que ces personnes soient qualifiées, elles doivent suivre des formations supplémentaires d'un ou deux ans afin d'obtenir les attestations qui satisfassent le Collège des

environment. As it is now, most of them don't have the financial means to put off earning a living to get that training.

Mr. Thibault: That is an excellent suggestion. We have funds for such projects. We recognize that those people have the necessary abilities. In the little hospital in my home region, in Yarmouth, we took vacant space in the building and set up five offices for immigrant physicians to work under the mentorship of our regional doctors. That is the process they must follow to be recognized by the province as certified practitioners. And our region reaps the benefits of having five more doctors. We must find that kind of solution for situations that frequently crop up.

[English]

The Deputy Chairman: Another area is the repatriation of Canadian doctors who end up abroad for one reason or another. For example, my own daughter is a doctor who went to Oxford to do her preliminary Ph.D. before she did her MD. She got married over there to a young man two years ahead of her, and followed him through Oxford in the Ph.D. program and the MD program. Now she is not qualified to practice in Canada.

Mr. McKay: How could you not be qualified?

The Deputy Chairman: It is unbelievable. In my generation, I would have killed to get to Oxford. I got to Harvard. You could go there without any worry and then you could come back. This is absurd. Anybody who goes to one of the great universities in Europe cannot come back home, which is crazy.

Mr. McKay: That is your union.

The Deputy Chairman: You are right. It is our fault.

Mr. Thibault: On the other side, there is recognition by all professional organizations in Canada that it is a problem and we have to find solutions. Everybody is at the table in those discussions. I do not want to point a finger of guilt at anybody. I welcome them as people who are coming forward with parts of the solution.

The Deputy Chairman: On behalf of the committee, I want to thank you for coming here and giving us your valuable time. I do want to congratulate the government on what they have done, although I must say whoever the next government will be will not have much to talk about when it comes to health.

Are you ready to do clause by clause?

Hon. Senators: Yes.

The Deputy Chairman: We will deal with the title. Shall the title stand postponed or carried or defeated?

Hon. Senators: Carried.

The Deputy Chairman: Shall clause 1 carry?

médecins du Québec. S'ils bénéficiaient des mêmes privilèges de prêts et bourses que nos étudiants, cela faciliterait leur réinsertion dans le monde médical. Présentement, la plupart d'entre eux n'ont pas les moyens de suspendre leur travail pour suivre ces formations.

M. Thibault : C'est une excellente suggestion. Nous disposons de fonds pour réaliser des projets de ce genre. Nous reconnaissons que ces personnes disposent des capacités nécessaires. Dans le petit hôpital de la région d'où je viens, à Yarmouth, nous avons aménagé des parties vacantes de l'édifice en cinq bureaux pour des médecins de familles étrangères qui travaillent sous le mentorat de médecins de la région. C'est le processus qu'ils doivent suivre afin d'obtenir leur attestation de praticiens reconnus par la province. Cela fait cinq médecins de plus pour notre région. Il faut trouver des solutions à ce genre de situations que l'on rencontre fréquemment.

[Traduction]

Le vice-président : Il y a aussi la question du rapatriement des médecins canadiens qui se retrouvent à l'étranger pour une raison ou pour une autre. Par exemple, ma fille qui est médecin, est allée à Oxford pour faire son Ph.D. avant de faire sa médecine. Elle s'est mariée là-bas à un jeune homme qui la précédait de deux ans et elle l'a suivi à Oxford au programme de Ph.D. et au programme de médecine. Maintenant, elle n'est pas qualifiée pour pratiquer au Canada.

M. McKay : Comment ne peut-elle pas être qualifiée?

Le vice-président : C'est incroyable. À mon époque, j'aurais tout donné pour aller à Oxford. Je suis allé à Harvard. On pouvait fréquenter cette université sans s'inquiéter et revenir ici. C'est absurde. Quiconque fréquente une des grandes universités d'Europe ne peut revenir ici, ce qui est fou.

M. McKay : C'est l'union qui est en cause.

Le vice-président : Vous avez raison. C'est notre faute.

M. Thibault : Par contre, toutes les organisations professionnelles au Canada reconnaissent qu'il y a un problème et que nous devons y trouver des solutions. Tout le monde participe à ces discussions. Je ne veux pas blâmer qui que ce soit. Je les accueille comme des gens qui viennent à la table pour trouver une partie de la solution.

Le vice-président : Au nom du comité, je vous remercie d'être venus témoigner et de nous avoir accordé votre temps précieux. Je tiens à féliciter le gouvernement des mesures qu'il a prises, même si je dois dire que le prochain gouvernement, quel qu'il soit, n'aura pas beaucoup de choses à discuter lorsqu'il sera question de santé.

Êtes-vous prêts à passer à l'examen article par article?

Des voix : Oui.

Le vice-président : Nous allons examiner le titre. Le titre doit-il être reporté, adopté ou refusé?

Des voix : Adopté.

Le vice-président : L'article 1 est-il adopté?

Hon. Senators: Carried.

The Deputy Chairman: Shall clause 2 carry?

Hon. Senators: Carried.

The Deputy Chairman: Shall clause 3 carry?

Hon. Senators: Carried.

The Deputy Chairman: Shall clause 4 carry?

Hon. Senators: Carried.

The Deputy Chairman: Shall clause 5 carry?

Hon. Senators: Carried.

The Deputy Chairman: Shall clause 6 carry?

Hon. Senators: Carried.

The Deputy Chairman: Shall clause 7 carry?

Hon. Senators: Carried.

The Deputy Chairman: Shall the title carry?

Hon. Senators: Carried.

The Deputy Chairman: Is it agreed that this be adopted without amendment?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Is it agreed that I report Bill C-39 at the next sitting of the Senate?

Hon. Senators: Agreed.

The committee adjourned.

Des voix : Adopté.

Le vice-président : L'article 2 est-il adopté?

Des voix : Adopté.

Le vice-président : L'article 3 est-il adopté?

Des voix : Adopté.

Le vice-président : L'article 4 est-il adopté?

Des voix : Adopté.

Le vice-président : L'article 5 est-il adopté?

Des voix : Adopté.

Le vice-président : L'article 6 est-il adopté?

Des voix : Adopté.

Le vice-président : L'article 7 est-il adopté?

Des voix : Adopté.

Le vice-président : Le titre est-il adopté?

Des voix : Adopté.

Le vice-président : Est-il convenu que le projet de loi soit adopté sans amendement?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Il est convenu que je fasse rapport du projet de loi C-39 à la prochaine séance du Sénat.

Des voix : D'accord.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

APPEARING

The Honourable John McKay, P.C., M.P., Parliamentary Secretary
to the Minister of Finance;

The Honourable Robert Thibault, P.C., M.P., Parliamentary
Secretary to the Minister of Health.

WITNESSES

Health Canada:

Meena Ballantyne, Director General, Health Care Strategies and
Policy Directorate, Health Policy Branch.

Department of Finance Canada:

François Delorme, Director;
Glenn Campbell, Senior Chief.

COMPARAISSENT

L'honorable John McKay, C.P., député, secrétaire parlementaire du
ministre des Finances;

L'honorable Robert Thibeault, C.P., député. Secrétaire
parlementaire du ministre de la Santé.

TÉMOINS

Santé Canada :

Meena Ballantyne, directrice générale, Direction des politiques et
des stratégies en matière de soins de la santé, Direction générale
de la politique de la santé.

Ministère des Finances Canada :

François Delorme, directeur;
Glenn Campbell, analyste principale.





First Session
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

Première session de la
trente-huitième législature, 2004-2005

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président :
L'honorable MICHAEL KIRBY

Thursday, March 10, 2005

Le jeudi 10 mars 2005

Issue No. 11

Fascicule no. 11

First and only meeting on:
Bill S-14, An Act to protect
heritage lighthouses

Première et unique réunion concernant :
Le projet de loi S-14, Loi visant à
protéger les phares patrimoniaux

INCLUDING:
THE TENTH REPORT OF THE COMMITTEE
(Bill S-14, An Act to protect
heritage lighthouses)

Y COMPRIS :
LE DIXIÈME RAPPORT DU COMITÉ
(Le projet de loi S-14, Loi visant à
protéger les phares patrimoniaux)

THE STANDING SENATE COMMITTEE
ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C.	Gill
(or Rompkey, P.C.)	Johnson
Callbeck	* Kinsella
Cochrane	(or Stratton)
Cook	LeBreton
Cordy	Pépin
Fairbairn, P.C.	Trenholme Counsell

*Ex officio members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert Keon

et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P.	Gill
(ou Rompkey, C.P.)	Johnson
Callbeck	* Kinsella
Cochrane	(ou Stratton)
Cook	LeBreton
Cordy	Pépin
Fairbairn, C.P.	Trenholme Counsell

*Membres d'office

(Quorum 4)

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate*, Tuesday, November 2, 2004:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Forrestall, seconded by the Honourable Senator Eyton, for the second reading of Bill S-14, An Act to protect heritage lighthouses.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

The Bill was then read the second time.

The Honourable Senator Forrestall moved, seconded by the Honourable Senator Gustafson, that the bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The questions being put on the motion, it was adopted.

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 2 novembre 2004 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Forrestall, appuyée par l'honorable sénateur Eyton, tendant à la deuxième lecture du projet de loi S-14, Loi visant à protéger les phares patrimoniaux.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu la deuxième fois.

L'honorable sénateur Forrestall propose, appuyé par l'honorable sénateur Gustafson, que le projet de loi soit renvoyé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, March 10, 2005
(16)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 10:59 a.m., this day, in room 705, Victoria Building, the Honourable Wilbert J. Keon, Deputy Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy and Keon (5).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, November 2, 2004, the committee began its examination of Bill S-14, An Act to protect heritage lighthouses.

It was agreed that the committee move to clause-by-clause consideration of Bill S-14.

It was agreed that the title, the preamble and clause 1 stand postponed.

It was agreed that clause 2 carry.

It was agreed that clauses 3 to 5 carry.

It was agreed that clauses 6 to 10 carry.

It was agreed that clauses 11 to 16 carry.

It was agreed that clause 17 carry.

It was agreed that clause 18 carry.

It was agreed that clause 1 carry.

It was agreed that the preamble carry.

It was agreed that the title carry.

It was agreed that Bill S-14, be adopted.

It was agreed that the Chair report the bill at the next sitting of the Senate.

At 11:02 a.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le jeudi 10 mars 2005
(16)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 59, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (vice-président).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Callbeck, Cochrane, Cook, Cordy et Keon (5).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 2 novembre 2004, le comité entreprend l'examen du projet de loi S-14, Loi visant à protéger les phares patrimoniaux.

Il est convenu que le comité procède à l'étude article par article du projet de loi S-14.

Il est convenu de reporter l'étude du titre, du préambule et de l'article 1.

Il est convenu d'adopter l'article 2.

Il est convenu d'adopter les articles 3 à 5.

Il est convenu d'adopter les articles 6 à 10.

Il est convenu d'adopter les articles 11 à 16.

Il est convenu d'adopter l'article 17.

Il est convenu d'adopter l'article 18.

Il est convenu d'adopter l'article 1.

Il est convenu d'adopter le préambule.

Il est convenu d'adopter le titre.

Il est convenu d'adopter le projet de loi S-14.

Il est convenu d'autoriser le président à faire rapport du projet de loi à la prochaine séance du Sénat.

À 11 h 2, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Monday, March 21, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

TENTH REPORT

Your Committee, to which was referred Bill S-14, An Act to protect heritage lighthouses has, in obedience to the Order of Reference of Tuesday, November 2, 2004, examined the said Bill and now reports the same without amendment.

Respectfully submitted,

Le vice-président,

WILBERT J. KEON

Deputy Chair

RAPPORT DU COMITÉ

Le lundi 21 mars 2005

Le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

DIXIÈME RAPPORT

Votre Comité, auquel a été déféré le projet de loi S-14, Loi visant à protéger les phares patrimoniaux a, conformément à l'ordre de renvoi du mardi 2 novembre 2004, examiné ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Respectueusement soumis,

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, March 10, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill S-14, to protect heritage lighthouses, met this day at 10:59 a.m. to give clause-by-clause consideration to the bill.

Senator Wilbert J. Keon (*Deputy Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Deputy Chairman: Honourable senators, do you agree that the only item of business is clause-by-clause consideration of Bill S-14?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall the title stand postponed?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall the preamble stand postponed?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clause 1 stand postponed?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clause 2 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clauses 3 to 5 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clauses 6 to 10 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clauses 11 to 16 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clause 17 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clause 18 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clause 19 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clause 1, the short title, carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall the preamble carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall the title carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Is it agreed that this bill be adopted without amendment?

Hon. Senators: Agreed.

TÉMOIGNAGE

OTTAWA, le jeudi 10 mars 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 59, en vue de procéder à l'étude article par article du projet de loi S-14, Loi visant à protéger les phares patrimoniaux.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*vice-président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le vice-président : Honorables sénateurs, acceptez-vous que le seul point à l'ordre du jour soit l'étude article par article du projet de loi S-14?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'étude du titre est-elle reportée?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'étude du préambule est-elle reportée?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'étude de l'article 1 est-elle reportée?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'article 2 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Les articles 3 à 5 sont-ils adoptés?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Les articles 6 à 10 sont-ils adoptés?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Les articles 11 à 16 sont-ils adoptés?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'article 17 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'article 18 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'article 19 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'article 1, le titre abrégé, est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Le préambule est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Le titre est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Le projet de loi est-il adopté sans amendement?

Des voix : D'accord.

The Deputy Chairman: Is it agreed that I report this bill without amendment at the next sitting of the Senate?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: I must tell you that I intended to report this bill and the bill carried yesterday today. However, I have a six o'clock meeting in Toronto tonight, which means I have to take a three o'clock flight, and I do not think I can do that. Is it acceptable if I go next Monday night instead of today?

Senator Cochrane: Absolutely.

Senator Callbeck: Monday night is fine.

Senator Cochrane: It is not this Monday.

The Deputy Chairman: It is a week Monday, yes.

The committee adjourned.

Le vice-président : Dois-je faire rapport du projet de loi, sans amendement, à la prochaine séance du Sénat?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Je comptais faire rapport, aujourd'hui-même, du projet de loi S-14 et de celui adopté hier. Toutefois, je dois assister à une réunion ce soir, à 18 heures, à Toronto, qui veut dire que je dois prendre l'avion à 15 heures. Je ne pense pas pouvoir y arriver. Acceptez-vous que j'y aille lundi prochain, et non pas aujourd'hui?

Le sénateur Cochrane : Absolument.

Le sénateur Callbeck : Je n'y vois aucun inconvénient.

Le sénateur Cochrane : Ce n'est pas ce lundi-ci.

Le vice-président : Oui, lundi en huit.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5





First Session
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

Première session de la
trente-huitième législature, 2004-2005

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Président :

L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, March 23, 2005

Le mercredi 23 mars 2005

Issue No. 12

Fascicule n°12

First and only meeting on:

Bill C-12, An Act to prevent the introduction
and spread of communicable diseases

Première et unique réunion concernant :

Le projet de loi C-12, Loi visant à prévenir l'introduction
et la propagation de maladies transmissibles

INCLUDING:

THE ELEVENTH REPORT

(Bill C-12, An Act to prevent the introduction
and spread of communicable diseases)

Y COMPRIS :

LE ONZIÈME RAPPORT DU COMITÉ

(Le projet de loi C-12, Loi visant à prévenir l'introduction
et la propagation de maladies transmissibles)

APPEARING:

The Honourable Carolyn Bennett, P.C., M.P.,
Minister of State (Public Health)

COMPARAÎT :

L'honorable Carolyn Bennett, C.P., députée,
ministre d'État (Santé publique)

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C. (or Rompkey, P.C.) Callbeck Cochrane Cook Cordy Fairbairn, P.C.	Gill Johnson LeBreton * Kinsella (or Stratton) Pépin Trenholme Counsell
--	---

*Ex officio members

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to the rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Chaput was substituted for that of the Honourable Senator Callbeck (*March 23, 2005*).

The name of the Honourable Senator Callbeck was substituted for that of the Honourable Senator Chaput (*March 24, 2005*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P. (ou Rompkey, C.P.) Callbeck Cochrane Cook Cordy Fairbairn, C.P.	Gill Johnson LeBreton * Kinsella (ou Stratton) Pépin Trenholme Counsell
--	---

*Membres d'office

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité :

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du Comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

Le nom de l'honorable sénateur Chaput est substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 23 mars 2005*).

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck est substitué à celui de l'honorable sénateur Chaput (*le 24 mars 2005*).

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate*, Wednesday, March 9, 2005:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Pépin, seconded by the Honourable Senator Mahovlich, for the second reading of Bill C-12, An Act to prevent the introduction and spread of communicable diseases.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

The bill was then read the second time.

The Honourable Senator Rompkey, P.C., moved, seconded by the Honourable Senator Losier-Cool, that the bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The questions being put on the motion, it was adopted.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat*, mercredi 9 mars 2005 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Pépin, appuyée par l'honorable sénateur Mahovlich, tendant à la deuxième lecture du projet de loi C-12, Loi visant à prévenir l'introduction et la propagation de maladies transmissibles.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu la deuxième fois.

L'honorable sénateur Rompkey, C.P., propose, appuyé par l'honorable sénateur Losier-Cool, que le projet de loi soit renvoyé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, March 23, 2005
(17)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 3:54 p.m., this day, in Room 705, Victoria Building, the Honourable Wilbert J. Keon, Deputy Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Chaput, Cook, Fairbairn, P.C., Keon, Pépin, Trenholme Counsell (6).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, March 9, 2005, the committee began its examination of Bill C-12, An Act to prevent the introduction and spread of communicable diseases.

APPEARING:

The Honourable Carolyn Bennett, P.C. M.P., Minister of State (Public Health).

WITNESSES:*Health Canada:*

Dr. Jean-Pierre Legault, Head, Quarantine and Travel Migration Health Program, Public Health Agency;

Dr. Ron St John, Director General, Centre for Emergency Preparedness and Response;

Dennis Brodie, Legislative and Regulatory Policy Advisor, Centre for Emergency Preparedness and Response;

Mario P. Simard, General Counsel.

City of Ottawa:

Dr. Patricia Huston, Associate Medical Officer of Health and Manager of the Surveillance, Emerging Issues, Education and Research Division of Ottawa Public Health.

Carolyn Bennett made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 4:32 p.m., the committee suspended its sitting.

At 5:51 p.m., the committee resumed its sitting.

Patricia Huston made a statement and answered questions.

It was agreed that the committee move to clause-by-clause consideration of Bill C-12.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 23 mars 2005
(17)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 15 h 54, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (*vice-président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Chaput, Cook, Fairbairn, C.P., Keon, Pépin, Trenholme Counsell (6).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 9 mars 2005, le comité entreprend l'examen du projet de loi C-12, Loi visant à prévenir l'introduction et la propagation de maladies transmissibles.

COMPARAÎT :

L'honorable Carolyn Bennett, C.P., députée, ministre d'État (Santé publique).

TÉMOINS :*Santé Canada :*

Le Dr Jean-Pierre Legault, chef, Division de la quarantaine et de la santé des migrants, Agence de santé publique du Canada;

Le Dr Ron St John, directeur général, Centre de mesures et d'interventions d'urgence;

Dennis Brodie, conseiller en politiques législatives et réglementaires, Centre de mesures et d'intervention d'urgence;

M. Mario P. Simard, avocat général.

Ville d'Ottawa :

La Dre Patricia Huston, médecin adjoint en santé publique et gestionnaire de la Division de la surveillance, des questions d'actualité, de l'éducation et de la recherche pour la santé publique d'Ottawa.

Carolyn Bennett fait une déclaration et, de concert avec les témoins, répond aux questions.

À 16 h 32, le comité suspend ses travaux.

À 17 h 51, le comité reprend ses travaux.

Patricia Huston fait une déclaration et répond aux questions.

Il est convenu que le comité procède à l'étude article par article du projet de loi C-12.

It was agreed that the title, the preamble and clause 1 stand postponed.

It was agreed that clause 2 carry.

It was agreed that clause 3 carry.

It was agreed that clauses 5 to 11 carry.

It was agreed that clauses 12 to 33.1 carry.

It was agreed that clauses 34 to 43 carry.

It was agreed that clauses 44 to 46 carry.

It was agreed that clauses 47 to 53 carry.

It was agreed that clauses 54 to 57 carry.

It was agreed that clauses 58 to 61 carry.

It was agreed that clause 62 carry.

The Honourable Senator Pépin moved that clause 62.1 be amended by replacing lines 23 to 38 on page 25 and lines 1 to 13 on page 26 with the following:

“(1) The Governor in Council may not make a regulation under section 2 unless the Minister has first caused the proposed regulation to be laid before both Houses of Parliament.

(2) A proposed regulation that is laid before a House of Parliament is deemed to be automatically referred to the appropriate committee of that House, as determined by the rules of that House, and the committee may conduct inquiries or public hearings with respect to the proposed regulation and report its findings to that House.

(3) The Governor in Council may make a regulation under section 62 only if

(a) neither House has concurred in any report from its committee respecting the proposed regulation before the end of 30 sitting days of 160 calendar days, whichever is earlier, after the day on which the proposed regulation was laid before that House, in which case the regulation may be made only in the form laid; or

(b) both Houses have concurred in reports from their committees approving the proposed regulation or a version of it amended to the same effect, in which case the regulation may be made only in the form concurred in.

(4) For the purpose of this section, “sitting day” means a day on which the House in questions sits.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was agreed that clause 62.1, as amended, carry.

The Honourable Senator Pépin moved that clause 62.2 be amended by replacing lines 25 and 26 on page 26 with the following:

“before each House of Parliament, the Minister shall cause to be laid before each House a statement of the”.

Il est convenu de reporter l'étude du titre, du préambule et de l'article 1.

Il est convenu d'adopter l'article 2.

Il est convenu d'adopter l'article 3.

Il est convenu d'adopter les articles 5 à 11.

Il est convenu d'adopter les articles 12 à 33.1.

Il est convenu d'adopter les articles 34 à 43.

Il est convenu d'adopter les articles 44 à 46.

Il est convenu d'adopter les articles 47 à 53.

Il est convenu d'adopter les articles 54 à 57.

Il est convenu d'adopter les articles 58 à 61.

Il est convenu d'adopter l'article 62.

L'honorable sénateur Pépin propose que le projet de loi C-12, à l'article 62.1, soit modifié par substitution, au passage commençant à la ligne 29, page 25, et se terminant à la ligne 14, page 26, de ce qui suit :

« (1) Le gouverneur en conseil ne peut prendre de règlement en vertu de l'article 62 à moins que le ministre n'ait fait déposer le projet de règlement devant les deux chambres du Parlement.

(2) Le comité compétent, d'après le règlement de chacune des chambres, est automatiquement saisi du projet de règlement et peut effectuer une enquête ou tenir des audiences publiques à cet égard et faire rapport de ses conclusions à la chambre.

(3) Le gouverneur en conseil peut prendre un règlement en vertu de l'article 62 dans les cas suivants :

a) aucune des deux chambres du Parlement n'a donné son agrément au rapport de son comité au sujet du projet de règlement avant l'expiration du 30^e jour de séance de la chambre ou du cent soixantième jour civil, le premier en date étant à retenir, suivant le dépôt du projet de règlement, auquel cas le règlement pris doit être conforme au projet déposé;

b) les deux chambres du Parlement ont donné leur agrément au rapport de leurs comités respectifs approuvant le projet de règlement tel quel ou avec des modifications au même effet, auquel cas le règlement pris doit être conforme au projet agréé.

(4) Pour l'application du présent article, tout jour où siège la chambre est un jour de séance.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Il est convenu d'adopter l'article 62.1 modifié.

L'honorable sénateur Pépin propose que le projet de loi C-12, à l'article 62.2, soit modifié par substitution, aux lignes 24 et 25, page 26, de ce qui suit :

« (2) Le ministre fait déposer devant chaque chambre du Parlement une déclaration énonçant les ».

The question being put on the motion, it was adopted.

It was agreed that clause 62.2, as amended, carry.

It was agreed that clause 63 carry.

It was agreed that clause 64 carry.

It was agreed that clauses 65 to 72 carry.

It was agreed that clauses 73 to 80 carry.

It was agreed that clauses 81 to 84 carry.

It was agreed that the Schedule carry.

It was agreed that clause 1 carry.

It was agreed that the title carry.

It was agreed that Bill C-12, be adopted with amendments.

It was agreed that the Chair report the bill as amended at the next sitting of the Senate.

At 6:48 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Il est convenu d'adopter l'article 62.2 modifié.

Il est convenu d'adopter l'article 63.

Il est convenu d'adopter l'article 64.

Il est convenu d'adopter les articles 65 à 72.

Il est convenu d'adopter les articles 73 à 80.

Il est convenu d'adopter les articles 81 à 84.

Il est convenu d'adopter l'annexe.

Il est convenu d'adopter l'article 1.

Il est convenu d'adopter le titre.

Il est convenu d'adopter le projet de loi C-12 modifié.

Il est convenu que le président fasse rapport du projet de loi modifié à la prochaine séance du Sénat.

À 18 h 48, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Tuesday, April 12, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

ELEVENTH REPORT

Your Committee, to which was referred Bill C-12, An Act to prevent the introduction and spread of communicable diseases has, in obedience to the Order of Reference of Wednesday, March 9, 2005, examined the said Bill and now reports the same with the following amendments:

1. *Pages 25 and 26, clause 62.1*: replace lines 23 to 38 on page 25, and lines 1 to 13 on page 26, with the following:

“**62.1** (1) The Governor in Council may not make a regulation under section 62 unless the Minister has first caused the proposed regulation to be laid before both Houses of Parliament.

(2) A proposed regulation that is laid before a House of Parliament is deemed to be automatically referred to the appropriate committee of that House, as determined by the rules of that House, and the committee may conduct inquiries or public hearings with respect to the proposed regulation and report its findings to that House.

(3) The Governor in Council may make a regulation under section 62 only if

(a) neither House has concurred in any report from its committee respecting the proposed regulation before the end of 30 sitting days or 160 calendar days, whichever is earlier, after the day on which the proposed regulation was laid before that House, in which case the regulation may be made only in the form laid; or

(b) both Houses have concurred in reports from their committees approving the proposed regulation or a version of it amended to the same effect, in which case the regulation may be made only in the form concurred in.

(4) For the purpose of this section, “sitting day” means a day on which the House in question sits.”

2. *Page 26, clause 62.2*: replace lines 25 and 26 with the following:

“before each House of Parliament, the Minister shall cause to be laid before each House a statement of the”.

Respectfully submitted,

Le vice-président,

WILBERT J. KEON

Deputy Chair

RAPPORT DU COMITÉ

Le mardi 12 avril 2005

Le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

ONZIÈME RAPPORT

Votre Comité, auquel a été déferé le Projet de loi C-12, Loi visant à prévenir l'introduction et la propagation de maladies transmissibles a, conformément à l'ordre de renvoi du mercredi 9 mars 2005, examiné ledit projet de loi et en fait maintenant rapport avec les amendements suivants :

1. *Pages 25 et 26, article 62.1* : substituer les lignes 29 à 42 à la page 25 et les lignes 1 à 14 à la page 26 par ce qui suit :

« **62.1** (1) Le gouverneur en conseil ne peut prendre de règlement en vertu de l'article 62 à moins que le ministre n'ait fait déposer le projet de règlement devant les deux chambres du Parlement.

(2) Le comité compétent, d'après le règlement de chacune des chambres, est automatiquement saisi du projet de règlement et peut effectuer une enquête ou tenir des audiences publiques à cet égard et faire rapport de ses conclusions à la chambre.

(3) Le gouverneur en conseil peut prendre un règlement en vertu de l'article 62 dans les cas suivants :

a) aucune des deux chambres du Parlement n'a donné son agrément au rapport de son comité au sujet du projet de règlement avant l'expiration du trentième jour de séance de la chambre ou du cent soixantième jour civil, le premier en date étant à retenir, suivant le dépôt du projet de règlement, auquel cas le règlement pris doit être conforme au projet déposé ;

b) les deux chambres du Parlement ont donné leur agrément au rapport de leurs comités respectifs approuvant le projet de règlement tel quel ou avec des modifications au même effet, auquel cas le règlement pris doit être conforme au projet agréé.

(4) Pour l'application du présent article, tout jour où siège la chambre est un jour de séance. »

2. *Page 26, article 62.2* : substituer les lignes 24 et 25 par ce qui suit :

« (2) Le ministre fait déposer devant chaque chambre du Parlement une déclaration énonçant les ».

Respectueusement soumis,

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, March 23, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill C-12, to prevent the introduction and spread of communicable diseases, met this day at 3:54 p.m. to give consideration to the bill.

Senator Wilbert J. Keon (*Deputy Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Minister Bennett, Mr. St John and honourable senators, we do not have quorum but the rules allow us to proceed with the hearing. Our meeting will be interrupted because there is a vote at 4:40, which nobody expected and which has caused some senators to have to remain in the chamber at this point in time.

Thank you so much, Minister Bennett, for coming. Please proceed.

The Honourable Carolyn Bennett, Minister of State (Public Health): I would like to begin by thanking this committee for all the important work you have done to date, which has really contributed extraordinarily positively to the need for improvement in a true public health system for Canada. The recommendations in your 2003 report play a very large role in shaping our efforts to create the new Public Health Agency of Canada and the role of the Chief Public Health Officer.

[*Translation*]

In the Speech from the Throne, the Government of Canada committed to the modernization of health protection legislation. To date, Canadians have been well served by the health protection system. However, the time has come to update our legislation to ensure effective intervention capability in order to meet the public health challenges of the 21st century.

[*English*]

The SARS crisis was a stark reminder that times have changed, that in a globalized world, emerging and re-emerging diseases can spread rapidly throughout populations with no respect for borders.

The need for a comprehensive public health system, equipped with modern tools, is critical to mitigating the socio-economic consequences and the geopolitical implications of future health emergencies, a consideration put forward by Dr. David Naylor and this Senate committee as a result of the lessons learned from SARS.

From this experience, the Government of Canada had to face the fact that our current health protection legislation is outdated. The existing Quarantine Act, one of Canada's oldest pieces of legislation, has remained largely unchanged since 1872. From a pan-Canadian perspective, the need to modernize existing quarantine powers is paramount in preventing the introduction

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 23 mars 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 15 h 54, dans le but d'examiner le projet de loi C-12, Loi visant à prévenir l'introduction et la propagation de maladies transmissibles.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*vice-président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Madame la ministre Bennett, monsieur St John, honorables sénateurs, nous n'avons pas de quorum, mais les règles nous permettent d'aller de l'avant. Nous allons devoir interrompre la réunion puisqu'il va y avoir un vote à 16 h 40. Personne ne s'y attendait. C'est pour cette raison que certains membres du comité sont restés au Sénat.

Merci, madame la ministre Bennett, d'être venue nous rencontrer. Nous vous écoutons.

L'honorable Carolyn Bennett, ministre d'État (Santé publique) : J'aimerais d'abord remercier le comité pour le travail important qu'il a accompli jusqu'ici, travail qui a, de manière extraordinaire, fait ressortir la nécessité d'améliorer le système de santé publique au Canada. Les recommandations que vous avez formulées dans votre rapport de 2003 ont largement contribué aux efforts déployés en vue de créer la nouvelle Agence de santé publique du Canada et de définir le rôle de l'administrateur en chef de la santé publique.

[*Français*]

Dans le discours du Trône, le gouvernement du Canada s'est fixé comme objectif de moderniser les lois sur la protection de la santé. À ce jour, le système de protection de la santé a bien servi les Canadiens et les Canadiennes. Toutefois, le temps est venu d'actualiser nos lois afin d'assurer une capacité d'intervention efficace pour relever les défis de santé publique du XXI^e siècle.

[*Traduction*]

La crise du SRAS nous rappelle durement que les temps ont changé, qu'à l'ère de la mondialisation, de nouvelles maladies et des maladies qui réapparaissent peuvent se propager rapidement dans toutes les populations, sans respect pour les frontières.

Un système de santé publique mondial, muni d'outils modernes, est essentiel pour atténuer les conséquences socioéconomiques et les répercussions géopolitiques des urgences touchant la santé, de l'avis du Dr David Naylor et du présent comité sénatorial à la suite de leçons tirées de la crise du SARS.

Cette expérience a forcé le gouvernement du Canada à se rendre à l'évidence que la législation actuelle sur la protection de la santé est désuète. La Loi sur la quarantaine actuellement en vigueur, l'une des plus anciennes lois du Canada, est restée pratiquement inchangée depuis 1872. D'un point de vue pancanadien, le besoin de moderniser les pouvoirs actuels de

and spread of communicable diseases arriving into or departing from Canada.

Not too long ago, this government made a commitment to Canadians to enhance public health protection. This is why we are moving forward quickly with Bill C-12, new quarantine legislation.

[Translation]

Updating the Quarantine Act is the first step in a series of initiatives such as the new Public Health Agency of Canada Act that the Government of Canada plans to take to strengthen our public health system.

[English]

The modernized legislation we are proposing complements our previous efforts in strengthening public health, namely the creation of the new Public Health Agency of Canada and the appointment of our first Chief Public Health Officer. Bill C-12 becomes an important instrument for the agency in managing disease outbreaks. It is a very powerful piece of legislation that requires due diligence when administered.

[Translation]

The scope of the proposed Quarantine Act is limited to ensuring that communicable diseases are prevented from entering Canada or being spread to other countries.

[English]

It will not affect interprovincial movement but complements existing provincial public health legislation, recognizing the need for ongoing collaboration with our partners in public health. It also underscores Canada's commitment to the International Health Regulations. As we know, public health protection is a global effort.

With a new emphasis on migration health-related consequences, the newly proposed Quarantine Act is focused on airline travel, the new mode of global disease transmission. It offers enhanced protection at Canadian points of entry, by outfitting the Minister of Health with additional authorities to ensure rapid and decisive action to stem the spread of disease. New quarantine legislation will enable the Minister of Health to divert aircraft to an alternate landing site and to establish quarantine facilities at any location in Canada, if it becomes necessary to contain and isolate at-risk travellers. Further, it provides flexibility, enabling the minister to compensate the owner of a facility in a manner consistent with responsible and prudent government spending.

mise en quarantaine est primordiale pour prévenir l'éclosion et la propagation des maladies transmissibles qui sont introduites au Canada, ou qui en sortent.

Il n'y a pas si longtemps, le gouvernement a pris l'engagement envers les Canadiens et les Canadiennes d'améliorer la protection de la santé publique. C'est pour cette raison que nous allons agir rapidement en ce qui concerne ce projet de loi C-12, la nouvelle Loi sur la quarantaine.

[Français]

La modification de la Loi sur la quarantaine constitue la première d'une série d'améliorations, par exemple la Loi sur l'agence de la santé publique, qu'entend réaliser le gouvernement du Canada pour renforcer notre système de santé public.

[Traduction]

La législation modernisée que nous proposons complète les efforts précédemment déployés pour renforcer la santé publique, à savoir la création de la nouvelle Agence de santé publique du Canada et la nomination du premier administrateur en chef de la santé publique. Le projet de loi C-12 devient un outil important de l'Agence pour gérer l'éclosion des maladies. Il constitue un texte législatif très puissant qui doit être administré en faisant preuve de diligence raisonnable.

[Français]

La portée de la Loi sur la quarantaine se limite à éviter que des maladies transmissibles ne soient introduites au Canada ou ne se propagent dans d'autre pays.

[Traduction]

Elle n'affectera pas les déplacements d'une province à l'autre, mais complétera les dispositions législatives provinciales en matière de santé publique tout en reconnaissant la nécessité d'une collaboration constante avec nos partenaires dans le domaine de la santé publique. Elle souligne également la participation du Canada au Règlement sanitaire international. Comme nous le savons, la protection de la santé publique constitue un effort à l'échelle mondiale.

L'accent étant maintenant mis davantage sur les conséquences des migrations pour la santé, la nouvelle Loi sur la quarantaine porte sur les voyages aériens, nouveau mode de transmission des maladies à l'échelle mondiale. Elle offre une protection améliorée aux points d'entrée du Canada en dotant le ministre de la Santé de pouvoirs supplémentaires pour prendre des mesures rapides et décisives afin d'enrayer la propagation de la maladie. La nouvelle Loi sur la quarantaine permettra au ministre de détourner un aéronef vers un autre lieu d'atterrissage et d'établir des installations de quarantaine dans n'importe quel endroit du Canada, s'il s'avère nécessaire de contenir et d'isoler les voyageurs à risque. Par ailleurs, elle offre la souplesse nécessaire pour permettre au ministre de verser une indemnité au propriétaire d'une installation d'une manière compatible avec les dépenses responsables et prudentes du gouvernement.

Bill C-12 also contains a provision to enable the minister to close Canadian border points, in the event of a public health emergency of international concern. It prohibits carriers from other countries to enter Canada, if such an arrival threatens the public health of Canadians.

The proposed act also lists many more communicable diseases for which Canadian officials can detain departing passengers. It also ensures that the administration of quarantine powers is carried out by qualified professionals and that entry and exit control measures are tailored to the presenting circumstances.

In the event of a public health emergency, the Quarantine Act would place temporary restrictions on individual liberty rights for the greater collective good. That is the essence of protecting public health.

I want to assure the committee that privacy rights are guaranteed. While the updated act authorizes the collection and sharing of personal health information, the authorization to do so is limited to what is required to protect the health and safety of Canadians. This was reaffirmed and supported by the Office of the Privacy Commissioner.

In the spirit of collaboration, it is my hope that committee members will find merit in the work previously undertaken by the House of Commons and demonstrate continued support for this very important initiative for public health protection. With that said, I remain confident that contributions by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology will further enhance and strengthen Bill C-12 and serve the Canadian public well.

[Translation]

The updated Quarantine Act will add an additional lawyer of protection by providing strong, flexible, up to date legislative tools that will allow us to respond more effectively to current and future health threats, while ensuring at the same time that human rights are adequately protected.

[English]

To this end, I wish to express my support for Bill C-12, a modernized Quarantine Act. Your input into this legislative process will help pave the way for enhanced uniformity in the management of public health, providing the agency with a modern legislative tool to enable an effective response capacity in the event of a future public health crisis.

The Deputy Chairman: Thank you, Minister Bennett, for that presentation and for being here. This is complex legislation. When one considers the interval of time between this Quarantine Act and the last one, there is little doubt that it must be complex.

En outre, le projet de loi C-12 comporte une disposition permettant au ministre de fermer les points frontaliers canadiens en cas d'urgence de santé publique d'intérêt international. Il est interdit aux transporteurs provenant d'autres pays d'entrer au Canada si cette arrivée menace la santé publique de la population canadienne.

La loi proposée présente également une liste d'autres maladies transmissibles pour lesquelles les fonctionnaires canadiens ont le droit de retenir des passagers qui partent. Par ailleurs, elle garantit que les pouvoirs de quarantaine seront administrés par des professionnels qualifiés et que les mesures de contrôle d'entrée et de sortie seront prises en fonction des circonstances qui se présentent.

En cas d'urgence de santé publique, l'administration de la Loi sur la quarantaine prend temporairement des mesures restrictives concernant les droits à la liberté individuelle pour le plus grand bien de la collectivité. C'est l'essence même de la protection de la santé publique.

Je tiens à assurer au comité que les droits concernant la protection des renseignements personnels sont garantis. Même si la nouvelle loi autorise la collecte et la communication de renseignements personnels sur la santé, l'autorisation de le faire se limite à ce qui est nécessaire pour protéger la santé et la sécurité des Canadiens et des Canadiennes. C'est ce qu'a confirmé et déclaré le Commissariat à la protection de la vie privée.

Dans un esprit de collaboration, j'espère que les membres du comité trouveront bien-fondés les travaux précédemment entrepris par la Chambre des communes et feront preuve de soutien continu pour cet important volet de protection de la santé publique. Cela dit, je reste convaincue que les contributions du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie continueront à améliorer et à renforcer le projet de loi C-12 et à servir le bien public des Canadiens et des Canadiennes.

[Français]

La nouvelle version de la Loi sur la quarantaine nous accordera un palier supplémentaire de protection en fournissant une législation solide, souple et à jour, qui nous permettra de réagir plus efficacement à des risques courants et futurs pour la santé, tout en assurant une protection adéquate des droits des personnes.

[Traduction]

Pour finir, je souhaite exprimer mon appui au projet de loi C-12, qui est une Loi sur la quarantaine modernisée. Votre participation à ce processus législatif aidera à préparer le terrain en vue de l'amélioration d'une gestion de la santé publique uniformisée, en fournissant à l'Agence un outil législatif modernisé pour permettre une capacité d'intervention efficace lors d'une prochaine crise de la santé publique.

Le vice-président : Merci, madame la ministre, de cet exposé, et merci d'être venue nous rencontrer. Ce projet de loi est complexe. Cela ne fait aucun doute, vu l'intervalle de temps qui sépare cette loi-ci de l'ancienne.

How do you see this act interfacing with what I suspect will be the Canada health protection act, the legislation that will be necessary to allow Dr. Butler-Jones to do his job and get the system up and running? I was a little surprised that this act came out in isolation, although perhaps that is the best way to proceed. At least we now know what is in it, and the other act can deal with that. Have you any thoughts about how these acts will interface?

Ms. Bennett: Health protection renewal is a suite of approaches. As you have alluded to, the matter is so complex and it has taken so long to get to this point that we need this one now. No one wants us to go through what we went through with SARS without this specific tool. We want to get this tool and then we will move forward on getting an integrated approach to health protection. This act is something that we could not work without.

[Translation]

Senator Pépin: What are the roles and responsibilities of each level of government? We know the provincial government plays a very special role. What responsibilities will be set out in the new legislation for each order of government?

Will the provisions of the bill help us to deal with outbreaks such as SARS? I know that these legislative provisions have been strengthened. With everything that has happened, we are confident that another outbreak of this nature will not occur. What are the responsibilities of each level of government? Do you foresee any jurisdictional problems arising further to the enactment of this legislation? Will we end up tripping over each at some point?

Ms. Bennett: The role of the federal government is truly international. Relations with our new network of provincial and territorial medical officers of health have been developed by David Naylor who advocated the four Cs, namely collaboration, cooperation, communication and clarity. Who does what, and when, has been spelled out clearly.

[English]

Health and health care is the responsibility of the provinces and territories. The federal government cannot take over in a province in a public health emergency. That does not work. The approach has to be bottom up and it has to be about relations. In Toronto, Sheila Basrur knew what was going on and whom to call. However, the federal government can supplement provincial and territorial resources with whatever extra services are required.

Perhaps Dr. St John can talk about health emergencies. We will have some Health Emergency Response Teams that can be deployed, but it is a matter of invitation. As well, we must coordinate the international reality with this new tiny planet. We must deal with the World Health Organization in Geneva, the Centers for Disease Control and Prevention in Atlanta and with

Comment le projet de loi s'accorde-t-il avec ce qui sera la loi canadienne sur la protection de la santé, loi qui devrait permettre au Dr Butler-Jones de remplir son rôle et de gérer le système? J'ai été étonné de voir que le projet de loi avait été présenté isolément, quoique c'est peut-être la meilleure façon de procéder. Nous savons, à tout le moins, ce qu'il contient, et il pourra servir de base à l'autre loi. Savez-vous comment ces deux lois agiront l'une sur l'autre?

Mme Bennett : Le renouvellement de la législation sur la protection de la santé comporte de nombreuses étapes. Comme vous l'avez mentionné, la question est très complexe. Il nous a fallu tellement de temps pour arriver où nous en sommes qu'il nous faut absolument cette loi. Personne ne veut revivre la crise du SRAS sans elle. Une fois cet outil en main, nous pourrions adopter une approche intégrée à l'égard de la protection de la santé. Nous ne pouvons aller de l'avant sans cette loi.

[Français]

Le sénateur Pépin : Quelles sont les responsabilités et les rôles de chacun des ordres de gouvernement? On sait que le gouvernement provincial a un rôle bien spécial. Dans la nouvelle loi, quelles seront les responsabilités de chacun des ordres de gouvernement?

Le projet de loi est-il compatible avec le SRAS, entre autres. On sait que cela a été renforcé. Avec tout ce qui nous est arrivé, on sait que cela ne se reproduira plus. Quelles seront les responsabilités de chacun. Est-ce que vous entrevoyez des problèmes de compétence qui pourraient arriver suite à la mise en application de ce projet de loi? À un moment donné, nous accrocherons-nous encore les pieds?

Mme Bennett : Le rôle du gouvernement fédéral est vraiment international. Les relations avec notre nouveau conseil réseau des médecins hygiénistes des provinces et des territoires ont été développées par David Naylor qui a recommandé les quatre C, la collaboration, la coopération, la communication et la clarté. Qui fait quoi et quand.

[Traduction]

La santé et les soins de santé relèvent de la responsabilité des provinces et des territoires. Le gouvernement fédéral ne peut, en cas d'urgence de santé publique, empiéter sur la compétence d'une province. Cela ne fonctionne pas. Il faut partir de la base, faire jouer les relations. À Toronto, Sheila Basrur savait ce qui se passait et qui appeler. Toutefois, le gouvernement fédéral peut compléter les ressources provinciales et territoriales en fournissant les services supplémentaires qui sont requis.

Le Dr St John peut peut-être vous parler des urgences en matière de santé publique. Des équipes d'intervention sanitaires d'urgence peuvent être déployées, mais seulement si on en fait la demande. Nous devons également coordonner les efforts à l'échelle internationale. Nous devons travailler de concert avec l'Organisation mondiale de la Santé, à Genève, le Centers for

Hong Kong and Vietnam. We need to have an alert system whereby we know what is going on and can alert the provinces and territories of what we think is coming.

In Canada, we have the exciting Global Public Health Intelligence Network that works for the WHO. It combs media press releases from around the world in six languages and lets people know when there is an alert in any country in the world. We have those eyes and ears outside the country and the fabulous new relationship between the chief medical officers of health and Dr. David Butler-Jones.

We are gradually implementing all the recommendations of your report and the Naylor report.

In response to your specific question, this bill is clear that our responsibility is for people coming to and leaving Canada.

Senator Fairbairn: To continue on the line of Senator Pépin's question, will having this jurisdictional relationship require provinces to pass legislation regarding jurisdiction in connection to this bill?

Ms. Bennett: Perhaps Dr. St John can address the inter-provincial aspect.

Dr. Ron St John, Director General, Centre for Emergency Preparedness and Response, Health Canada: The Quarantine Act is one of the oldest pieces of legislation in Canada. From the very early days of the confederation, authority for people coming into Canada was ceded by the provinces to the federal government. This Quarantine Act has been in existence for just about 150 years. The authority, as Minister Bennett said, is for people coming into and out of Canada. There is no need for any additional provincial legislation.

The question that came up after SARS, and the legislative gap that was identified, is that there is currently no legislative process in Canada for the movement of people between provinces. Provinces have legislation to control the movement of people within their provinces under various pieces of public health legislation, but there is no legislation anywhere about people moving from one province to another.

The provinces asked us, after SARS, about the possibility of extending the Quarantine Act, which operates only at the point of entry, to a domestic situation to govern the movement of people between provinces. That is still a subject for discussion. There is a possibility that, at some future date, we will come back after extensive discussion with the provinces and territories to amend this bill to include domestic authority, but that is still very much a discussion point.

Senator Fairbairn: Therefore, in the case of Alberta, where I am from, this bill would affect people coming across the Montana border, where we used to have cattle coming across, though we do not do that any more. However, going from Alberta to Saskatchewan or to B.C. would have to be covered by another phase of this bill, if it were believed to be necessary. Is that correct?

Disease Control and Prevention, à Atlanta, Hong Kong et le Vietnam. Nous devons établir un système d'alerte pour nous tenir au courant de ce qui se passe et informer les provinces et les territoires de ce qui risque de se produire.

Au Canada, nous avons le Réseau mondial de l'intelligence santé publique qui travaille pour l'OMS. Le réseau passe en revue les communiqués émis de par le monde, diffuse de l'information en six langues et informe les autorités quand une alerte est donnée dans un pays. Nous pouvons donc compter sur cette vitrine à l'étranger, et sur les merveilleux liens qui ont été établis entre les directeurs de la santé et le Dr David Butler-Jones.

Nous sommes en train de mettre en œuvre progressivement toutes les recommandations qui figurent dans votre rapport et dans celui du Comité Naylor.

Pour répondre à votre question, ce projet de loi précise notre responsabilité à l'égard des personnes qui entrent au Canada et qui en sortent.

Le sénateur Fairbairn : Pour poursuivre dans la même veine que le sénateur Pépin, est-ce que les provinces vont être obligées d'adopter des lois pour définir leur compétence relativement à ce projet de loi?

Mme Bennett : Le Dr St John peut peut-être vous parler de l'aspect interprovincial.

Le Dr Ron St John, directeur général, Centre de mesures et d'interventions d'urgence, Santé Canada : La Loi sur la quarantaine est l'une des plus anciennes lois du Canada. Dès le tout début de la Confédération, les provinces ont cédé au gouvernement fédéral le pouvoir régissant les personnes qui entrent au Canada. La Loi sur la quarantaine existe depuis environ 150 ans. Comme l'a indiqué la ministre Bennett, elle vise les personnes qui entrent au Canada et qui en sortent. Aucune loi provinciale supplémentaire n'est requise.

La crise du SRAS a mis en évidence le fait qu'il n'y a pas de processus législatif au Canada qui régit les déplacements des personnes entre provinces. Les provinces exercent un contrôle sur le déplacement des personnes à l'intérieur de leur territoire par le biais de diverses lois sur la santé publique, mais il n'y a aucune loi qui régit les déplacements entre provinces.

Les provinces nous ont demandé, après la crise du SRAS, d'étendre la portée de la Loi sur la quarantaine, qui ne s'applique qu'aux points d'entrée, afin qu'elle englobe également les déplacements entre provinces. La question fait toujours l'objet de discussions. Il est possible que nous proposons, à un moment donné, après en avoir discuté à fond avec les provinces et les territoires, des modifications au projet de loi dans le but d'inclure ce pouvoir, mais rien n'a encore été décidé.

Le sénateur Fairbairn : Donc, si l'on prend l'exemple de l'Alberta, qui est ma province d'origine, le projet de loi viserait les personnes qui traversent la frontière du Montana, où passait jadis le bétail. Toutefois, les déplacements entre l'Alberta et la Saskatchewan ou la Colombie-Britannique feraient, eux, l'objet d'une nouvelle disposition, qui serait adoptée plus tard, au besoin. Est-ce bien cela?

Dr. St John: Just to be perfectly clear, if you are travelling from Beijing, China, to Toronto, and you disembark in Vancouver to change airplanes, at that point, if you were sick, you would be subject to the federal quarantine law, but if there is no reason to detain you at that point and you then moved from Vancouver to Toronto, you are now on a domestic flight, and if you got sick on that flight, there is no quarantine authority at the Toronto airport to do anything about you because you have moved from an international flight to a domestic flight.

Senator Fairbairn: That is not in this bill.

Dr. St John: That is not in this bill. It is a subject of discussion with the provinces.

Senator Fairbairn: You may have another round to do this?

Dr. St John: Yes.

[Translation]

Senator Chaput: What are the specific responsibilities of each level of government should an outbreak occur or an alert be issued?

[English]

Who does what, who starts what, and how do they do it? I do not really understand how it will work out. In a crisis, which government acts first? Is it the federal government?

Ms. Bennett: It depends on who finds out first. This act will be for people coming to Canada and leaving Canada. As we learned during SARS, sometimes it would be a matter of stopping someone leaving Canada whom the local public health officer thought was sick. Because of our reputation as a country, we do not want a person with a serious illness leaving and landing somewhere else and infecting another country; this goes both ways.

If we hear that someone very sick is on a plane coming into Vancouver or Toronto, then we are the first ones to hear, and we would act and notify the local authorities of where that plane is. We would work with them on containment and whatever that meant. Also, if they alert us about someone they are worried about whom they think should not be leaving the country, then we can detain that person.

Dr. St John: May I give you a real life example? We were notified by Ontario public health officials that there was a person with very serious and severe tuberculosis who was recalcitrant and refused to take treatment. This person, a Canadian citizen, decided to leave Canada to go back to his country of origin. Unfortunately, we were not able to intercept him when he left, but we were able to put out a quarantine detention order in case he decided to come back. In fact, the person decided to come back on Christmas Eve when he suspected there would not be much vigilance. However, we intercepted him and turned him over to the Ontario authorities. We said that you can either accept

Le Dr St John : Si vous quittez Beijing, en Chine, pour vous rendre à Toronto, que vous faites escale à Vancouver en vue de changer d'avion et que l'on constate que vous êtes atteint d'une maladie, vous allez être assujéti à la loi fédérale sur la quarantaine. Toutefois, s'il n'y a aucune raison de vous détenir au point d'entrée, que vous prenez un vol intérieur à Vancouver à destination de Toronto et que vous tombez malade durant le vol, l'agent de quarantaine à l'aéroport de Toronto ne peut rien faire parce vous êtes passé d'un vol international à un vol intérieur.

Le sénateur Fairbairn : Il n'y a rien à ce sujet dans le projet de loi.

Le Dr St John : C'est exact. La question fait l'objet de discussions avec les provinces.

Le sénateur Fairbairn : Vous aurez peut-être à poursuivre vos travaux là-dessus?

Le Dr St John : Oui.

[Français]

Le sénateur Chaput : Quelles sont les responsabilités précises de chacun des ordres de gouvernement s'il y a une épidémie ou une alerte?

[Traduction]

Qui fait quoi et comment? Je ne comprends pas vraiment la marche à suivre. Si une crise éclate, quel gouvernement intervient en premier? Le gouvernement fédéral?

Mme Bennett : Celui qui est informé en premier. La loi s'applique aux personnes qui entrent au Canada et qui en sortent. Comme nous l'avons appris au cours de la crise du SRAS, l'agent local de santé publique pourrait empêcher une personne de quitter le Canada s'il la soupçonnait d'être atteinte d'une maladie. Nous devons protéger notre réputation. Nous ne voulons pas qu'une personne atteinte d'une maladie grave quitte le pays et infecte une autre personne à l'étranger. Cela va dans les deux sens.

Si nous apprenons qu'une personne très malade se trouve à bord d'un avion qui se dirige vers Vancouver ou Toronto, nous allons être les premiers à intervenir. Nous allons aviser les autorités locales de l'endroit où se trouve l'avion. Nous allons prendre les mesures de confinement et autres qui s'imposent. Par ailleurs, si les autorités locales nous signalent le cas d'un voyageur qui, à leur avis, ne devrait pas quitter le pays, nous allons le détenir.

Le Dr St John : Est-ce que je peux vous donner un exemple concret? Les agents de santé publique de l'Ontario nous ont informé du fait qu'une personne gravement atteinte par la tuberculose refusait de suivre un traitement. Cette personne, un citoyen canadien, a décidé de quitter le Canada pour retourner dans son pays d'origine. Malheureusement, nous n'avons pas été en mesure de l'arrêter. Toutefois, à la suite de son départ, nous avons émis une ordonnance de détention en quarantaine au cas où il déciderait de revenir. Il a effectivement décidé de revenir la veille de Noël, alors qu'il pensait que la surveillance serait moins serrée. Nous l'avons intercepté et nous l'avons remis entre les mains des

treatment or you can be quarantined for as long as you want to stay in quarantine, but you are not going to be allowed to walk around and spread the disease. That is exactly how it works.

Senator Trenholme Counsell: I regret that I was not here for the beginning, so I may have missed certain things. Obviously this is a very important, detailed, long piece of work. I wanted to ask about the quarantine schedule on page 33. It says 2004-2005 schedule. Is that the schedule of diseases for the new act?

Ms. Bennett: In the bill, yes.

Senator Trenholme Counsell: I have not given this enough study, but I wondered about avian flu. Is it there under some name I do not recognize? I know that under section 63 you can add, delete or change the name of any communicable disease. I would have thought that avian flu would be included. Is it not there?

Dr. St John: It is there indirectly. There is influenza, type A, pandemic.

Senator Trenholme Counsell: Avian flu is not a type A.

Dr. St John: It is not a disease of people either.

Ms. Bennett: Avian flu is a disease of chickens. Only if it combines with an influenza would become infectious to humans; you have to have the mutation with a human flu.

Senator Trenholme Counsell: So it is basically included here.

Dr. St John: Yes. As soon as it becomes a human disease, it is automatically included.

Senator Trenholme Counsell: There are two types of measles. I find it a little worrisome that a child coming in with a parent may be in the last stages of measles. The doctor perhaps can answer that. Chicken pox is not included. Why would measles be included and chicken pox not?

Dr. St John: Measles is essentially almost eradicated. It is eliminated in Canada, and there is a worldwide effort to eliminate measles. This list is not intended to be all-inclusive or exhaustive, but we feel that measles is an important disease of childhood and that it should be on the list.

The question of chicken pox is a good one. At the moment, although chicken pox is a very discomforting disease, it is not considered to be a candidate for worldwide elimination and is not felt to be serious in terms of mortality for children.

Senator Trenholme Counsell: I disagree. I think chicken pox is quite a serious disease.

autorités de l'Ontario. Nous lui avons dit qu'il devait accepter soit de suivre un traitement, soit d'être placé en quarantaine, et ce, tant qu'il refuserait de collaborer, et aussi qu'il ne serait pas autorisé à se déplacer et à répandre la maladie à d'autres. Voilà comment nous procédons.

Le sénateur Trenholme Counsell : Malheureusement, je suis arrivée en retard et je n'ai pas entendu tout ce qui a été dit. Ce projet de loi est manifestement très important, très long et détaillé. Je voudrais vous poser une question au sujet de l'annexe qui figure à la page 33. Il s'agit de l'annexe 2004-2005. Est-ce l'annexe qui va figurer dans la nouvelle loi?

Mme Bennett : Oui.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je ne l'ai pas examiné à fond, mais je vois que la grippe aviaire ne s'y trouve pas. Est-ce qu'elle figure sous un nom que je ne connais pas? Je sais qu'en vertu de l'article 63, vous pouvez ajouter, retrancher ou changer le nom d'une maladie transmissible. Je pensais que la grippe aviaire ferait partie de la liste. Elle n'y figure pas?

Le Dr St John : Indirectement, sous la mention « influenza de type A pandémique ».

Le sénateur Trenholme Counsell : La grippe aviaire n'est pas du type A.

Le Dr St John : Ce n'est pas non plus une maladie qui affecte l'homme.

Mme Bennett : La grippe aviaire est une maladie qui frappe la volaille. Elle ne peut être transmise à l'homme que si elle se combine avec l'influenza. Il faudrait qu'il y ait une mutation avec le virus de la grippe humaine.

Le sénateur Trenholme Counsell : Elle figure donc sur la liste.

Le Dr St John : Oui. La maladie est automatiquement inscrite sur la liste dès qu'elle frappe l'homme.

Le sénateur Trenholme Counsell : La rougeole se présente sous deux formes. Ce qui m'inquiète, c'est qu'un enfant accompagné d'un parent puisse entrer au pays alors qu'il en est aux derniers stades de la maladie. Le médecin peut peut-être répondre à la question. La varicelle n'est pas incluse. Pourquoi la rougeole est-elle incluse alors que la varicelle ne l'est pas?

Le Dr St John : La rougeole a été presque entièrement éradiquée. Elle a été éradiquée au Canada, et on cherche à l'éliminer à l'échelle internationale. Cette liste ne se veut pas exhaustive. Toutefois, nous estimons que la rougeole est une maladie importante qui frappe les enfants et qui devrait figurer sur la liste.

La question concernant la varicelle est intéressante. Pour l'instant, la varicelle, bien qu'elle cause beaucoup d'inconfort, n'est pas considérée comme une maladie qui doit être éradiquée à l'échelle mondiale. Elle n'est pas jugée sérieuse sur le plan de la mortalité infantile.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je ne suis pas d'accord. Je pense que la varicelle est une maladie très grave.

Ms. Bennett: The point is whether you would quarantine someone for it or divert a plane for it.

Senator Trenholme Counsell: I was surprised to see measles there and chicken pox not.

The Deputy Chairman: For the record, Senator Trenholme Counsell is a long-time practising family physician.

Ms. Bennett: It is interesting. Another way of looking at it, senator, is the case of tularemia that everyone was laughing about. In Dr. David Butler-Jones' first week on the job, hamsters infected with tularemia actually ended up having to be dealt with. It precipitated his first take-off on *Air Farce* doing a red, orange and green alert on tularemia in hamsters.

Even diseases we think are long gone seem to have surfaced. Because the hamsters were being exported to the U.S. from Manitoba, it was viewed to be a big deal. I am not sure the act is intended to quarantine hamsters, but it is interesting how, with the diseases we thought were gone, everything old is new again.

Senator Trenholme Counsell: I would respectfully submit that perhaps this list should be reviewed. We are limiting influenza to one type there, and measles is either rubella or rubeola, as we know; perhaps the list should be more explicit and carefully reviewed.

I was anxious to see who the screening officers are, but it says anyone deemed competent would be a screening officer. I think there is enough guarantee in here as to whom you would designate, and there is some flexibility in that, is there not? Can you elaborate on who would be designated at an airport, for instance, to be a screening officer?

Ms. Bennett: In airports, the quarantine officers have been the chief customs officers. The act is worded generally because you do not want to designate that it has to be a certain profession in case you have to train people in a hurry if you need other kinds of health professionals in the event of a big problem.

Dr. St John: If I may, minister and senator, there are 1300 border crossings between the U.S. and Canada that are manned by personnel. It would not be particularly efficient or effective to put a quarantine officer at every one. However, every one of them has a chief customs officer; if the border crossing has only one person, that person is the chief customs officer.

The law allows us to designate that chief customs officer temporarily as a quarantine officer. If there is a need to detain a person or cargo, goods or conveyance at that border crossing, the customs officer can do so on a temporary basis, backed up by a

Mme Bennett : La question est de savoir si on mettrait une personne en quarantaine ou si on détournerait un avion à cause de cette maladie.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je trouve étonnant que la rougeole figure sur la liste, mais pas la varicelle.

Le vice-président : Je tiens à préciser, pour le compte rendu, que le sénateur Trenholme Counsell pratique depuis longtemps la médecine familiale.

Mme Bennett : C'est intéressant. Une autre façon de voir cela, madame le sénateur, est d'examiner le cas de tularémie qui a fait rire tout le monde. Lors de son entrée en fonction, l'administrateur en chef de la santé publique, le Dr David Butler-Jones, a été confronté la première semaine à un cas de hamsters atteints de tularémie. C'est ce qui a fait qu'il s'est retrouvé à l'émission *Air Farce* à parler d'alerte rouge, orange et verte en ce qui concerne la tularémie chez les hamsters.

Même des maladies que nous pensions disparues depuis longtemps semblent réapparaître. Parce que les hamsters étaient exportés aux États-Unis depuis le Manitoba, on a fait tout un plat de ce cas en question. Je ne sais pas si le projet de loi vise à mettre les hamsters en quarantaine, mais il est intéressant de constater que les maladies du passé, que nous pensions disparues, refont surface.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je dois dire que la liste devrait peut-être être revue. Il n'y figure qu'un seul type d'influenza, et on confond rougeole et rubéole. Peut-être qu'elle devrait être plus explicite et examinée attentivement.

J'avais hâte de savoir qui allaient être les agents de contrôle, mais le projet de loi stipule que toute personne qualifiée peut être un agent de contrôle. Il y a donc de la souplesse à cet égard, n'est-ce pas? Pourriez-vous en dire un peu plus long au sujet des personnes qui seraient désignées agent de contrôle dans un aéroport, par exemple?

Mme Bennett : Dans les aéroports, ce sont les agents supérieurs des douanes qui assument les fonctions d'agent de quarantaine. La loi n'est pas précise, car on ne veut pas indiquer qu'il doit s'agir de personnes appartenant à une certaine profession au cas où il faudrait former des gens de façon précipitée s'il était nécessaire d'avoir recours à d'autres professionnels de la santé advenant un grave problème.

Le Dr St John : Si je puis me permettre, madame la ministre et madame le sénateur, je veux signaler qu'il existe 1 300 postes frontaliers le long de la frontière canado-américaine. Il ne serait pas particulièrement efficient ni efficace d'affecter un agent de quarantaine à chacun de ces postes. Cependant, chaque poste frontalier compte un agent supérieur des douanes; quand il n'y a qu'une seule personne qui travaille à un poste frontalier, il s'agit d'un agent supérieur des douanes.

La loi nous permet de désigner cet agent supérieur des douanes agent de quarantaine, temporairement. S'il faut détenir une personne ou retenir un cargo, des biens ou un convoi à un poste frontalier, l'agent supérieur des douanes peut le faire de façon

full quarantine officer, including our medical staff at the Public Health Agency of Canada, who then will help resolve the situation with that customs officer.

Senator Trenholme Counsell: In the case of a major crisis in public health, what would happen with all these small border crossing places?

Dr. St John: We have a very close working relationship with the quarantine division at the U.S. Centers for Disease Control and Prevention, and we have been talking at some length about what are the major border crossings, what are the minor ones, and whether or not we can have confidence in each other's quarantine service to draw a ring around the two countries, rather than through the middle. That way, there would be less concern, if any, about the movement of people across the common Canadian-U.S. border, but more concern about people coming into the two countries from outside.

Ms. Bennett: I feel a bit better at the moment that attention is paid all the time at major entry points like Toronto or Vancouver.

Dr. St John: We now have 28 quarantine officers in the field at the eight international airports in Canada that receive 94 per cent of all international air travellers. Also, they cover the four major seaports — Vancouver, Toronto, Montreal and Halifax.

We do not cover every single international airport because Transport Canada designates 128 international airports in Canada. If you take a small two-seater plane from Duluth, Minnesota, to Red Deer, that is an international flight, but it is not one of importance. We have targeted what we call the high-risk areas for the possible importation of disease into Canada.

Senator Cook: I will take you to the place I know best, my island province of Newfoundland, where there is a transatlantic flight twice a day. There is enough time crossing the Atlantic to get sick and to be identified.

Once this bill comes into being, what measures will the federal government take in cooperation with the provinces regarding the human resources infrastructure, that is, nurses and general practitioners? I know that it is not realistic to have a full-scale facility on my island, but we are a port of entry. The other thing is that the tourist trade is very much involved in my province; people come in from all parts of the world.

I would like to see the federal government be proactive in making sure that the necessary infrastructure is put in place to manage this. Measures such as training are needed, especially given the workload for the nurses in my province. I would hope that there would be good collaboration.

temporaire. Par la suite, un agent de quarantaine de métier et des membres du personnel médical de l'Agence de la santé publique du Canada l'aideront à régler la situation.

Le sénateur Trenholme Counsell : Si une grave crise touchait la santé publique, que se passerait-il à tous les petits postes frontaliers?

Le Dr St John : Nous entretenons des rapports très étroits avec la division de la mise en quarantaine des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis et nous avons déterminé quels sont les grands et les petits postes frontaliers et nous nous sommes demandé si nous pouvions être confiants que les services responsables de la mise en quarantaine des deux pays surveilleraient les points d'entrée autour des deux pays, plutôt qu'à la frontière. De cette façon, on se préoccuperait moins, voire pas du tout, du passage des gens d'un côté ou de l'autre de la frontière canado-américaine, mais on se préoccuperait davantage des personnes qui entrent chez nous et aux États-Unis en provenance d'un tiers pays.

Mme Bennett : Je me sens un peu mieux depuis que l'on porte une attention constante aux principaux points d'entrée comme Toronto et Vancouver.

Le Dr St John : À l'heure actuelle, 28 agents de quarantaine travaillent dans les huit aéroports internationaux du Canada qui reçoivent 94 p. 100 de tous les passagers internationaux du transport aérien. Ils surveillent également les quatre principaux ports — Vancouver, Toronto, Montréal et Halifax.

Ce ne sont pas tous les aéroports internationaux qui comptent des agents de quarantaine parce que Transports Canada dénombre 128 aéroports internationaux au Canada. Un petit avion deux places qui effectue le trajet entre Duluth, au Minnesota, et Red Deer est considéré comme un avion qui effectue un vol international, bien qu'il ne s'agisse pas d'un vol important. Nous avons ciblé ce que nous appelons des secteurs à risque élevé en ce qui concerne l'importation de maladies au Canada.

Le sénateur Cook : Je vais vous amener à l'endroit que je connais le mieux, ma province, celle de Terre-Neuve, où, deux fois par jour, il y a un vol transatlantique. Le vol au-dessus de l'Atlantique est suffisamment long pour avoir le temps de tomber malade.

Une fois que ce projet de loi sera adopté, quelle mesure prendra le gouvernement fédéral en collaboration avec les provinces quant aux ressources humaines, c'est-à-dire les infirmières et les omnipraticiens? Je sais qu'il n'est pas réaliste de détenir une importante infrastructure dans ma province, mais il demeure que nous sommes un point d'entrée. En outre, le tourisme est très important à Terre-Neuve; nous recevons des touristes des quatre coins du monde.

J'aimerais que le gouvernement fédéral soit proactif en ce sens qu'il veille à ce que l'infrastructure nécessaire soit en place. Entre autres, la formation est nécessaire, étant donné surtout la charge de travail qu'assument les infirmières de ma province. J'ose espérer qu'il y aura une bonne collaboration.

Ms. Bennett: We have felt over the last 20 years that the public health infrastructure in this country really was frayed, and we have begun to build it back. The \$100 million that we had in last year's budget, which the provinces could draw down specifically for public health infrastructure, is a small first step.

The other piece is the ongoing training. Dr. David Mowat at the Public Health Agency of Canada has been very involved, and not only in creating modules for nurses and on-line ways of getting people's skills up. I was very worried, as you were, at the round table we did in St. John's to hear that even 40 per cent of the medical officers of health in your province had no training in public health at all. They were conscripted family doctors. How do we make sure that training is ongoing, whether it is in reading an epi curve or something else?

I feel great about having a chief public health officer for Canada because that has created a network; there is an excellent relationship among the chief medical officers of health for each of the provinces and the territories. They are a fantastic group of people who know their provinces well and who have great working relationships with one another, both with their neighbouring provinces and with the Chief Public Health Officer for Canada. As a result, we have a beginning network of infrastructure for public health, including collaboration, cooperation, communication and clarity around what would happen if something occurred in Newfoundland and the way that we could deploy help from province to province. There have been many positive steps post-SARS — the memoranda of understanding, helping with nurses and doctors and licences and all the things that were serious irritants during the SARS problem.

Senator Cook: I see an opportunity here for the federal government to become involved in training and infrastructure with your new agency, particularly enhancing the role of the nurse practitioner. There is an opportunity here for a nurse practitioner: nurses need help — they are getting older, raising families, and so on. It would be wonderful if the federal government could offer a program through its Public Health Agency to include that piece. We have nurse practitioners working with primary care for mental problems. This is a good opportunity to fit that in to what you have created.

Ms. Bennett: Dr. Butler-Jones is keen, as I am, on the interface between primary care and public health. Primary care reform should consider the specific needs of a community and build a health care team customized for that community, depending on the physician capacity needed and the need, for instance, for a mental health nurse or a community health nurse.

Mme Bennett : Au cours des 20 dernières années, nous avons observé que l'infrastructure dans le secteur de la santé publique au pays s'est détériorée, et nous avons commencé à la remettre en état. Les 100 millions de dollars prévus dans le budget de l'an dernier, que les provinces pouvaient consacrer précisément à l'infrastructure, constituent un premier pas.

Il faut aussi investir dans la formation continue. Le Dr David Mowat, de l'Agence de la santé publique du Canada, a travaillé beaucoup à la formation continue en créant des modules pour les infirmières et des moyens d'accroître les compétences par l'entremise d'Internet. Cela m'a grandement préoccupé, tout comme vous, d'apprendre, lors de la table ronde que nous avons tenue à St. John's, que 40 p. 100 des médecins hygiénistes de notre province n'ont aucune formation en matière de santé publique. Ils ont été embauchés pour être des médecins de famille. Comment pouvons-nous veiller à ce que la formation soit continue?

Je suis ravie que nous ayons créé un poste d'administrateur en chef de la santé publique parce que cela a permis de former un réseau; les médecins hygiénistes en chef des provinces et des territoires entretiennent d'excellents rapports. Ils forment un groupe fantastique de gens qui connaissent bien leur province et qui ont une très bonne relation entre eux, notamment avec leurs homologues des provinces voisines et avec l'administrateur en chef de la santé publique du Canada. Ainsi, il existe un réseau en santé publique qui permet une collaboration et favorise la communication et la clarté à propos des mesures qui seraient prises si un problème survenait à Terre-Neuve et de la façon dont l'aide pourrait être acheminée dans les provinces. De nombreuses mesures ont été prises à la suite de la crise du SRAS; un protocole d'entente a été conclu à propos des infirmières, des médecins, des permis et de tous les éléments qui ont constitué de graves irritants durant la crise.

Le sénateur Cook : Je vois l'occasion pour le gouvernement fédéral de jouer un rôle en ce qui a trait à la formation et à l'infrastructure grâce à la nouvelle agence, surtout en ce qui a trait à l'élargissement du rôle des infirmières praticiennes. Les infirmières ont besoin d'aide — elles vieillissent, elles élèvent des familles, et cetera. Ce serait merveilleux si le gouvernement fédéral pouvait offrir un programme par l'intermédiaire de son Agence de la santé publique à l'intention des infirmières. Il y a des infirmières praticiennes qui prodiguent des soins primaires à des personnes qui éprouvent des problèmes mentaux. L'Agence qui vient d'être créée offre une bonne occasion au gouvernement fédéral de faire sa part.

Mme Bennett : Le Dr Butler-Jones accorde beaucoup d'importance, comme moi, à la liaison entre les soins primaires et la santé publique. Dans le cadre de la réforme des soins primaires, il faudrait tenir compte des besoins précis de chaque collectivité et mettre sur pied des équipes de soins de santé sur mesure en fonction des besoins en médecins et de la nécessité, par exemple, de détenir des infirmières en santé mentale ou en santé communautaire.

We have put a little money away for bursaries, scholarships and community-based apprenticeships. We hope that the federal government can help fulfil the health human resources requirements and have nurses dedicated to this. In our school health consortium we are looking at a proposal from the deputy ministers of health and education for a school health coordinator for each school. With schools being a hub in a community, we know we would get better results, not only on the disastrous infectious disease piece, but regarding the broadest definition of public health.

Senator Cook: You may be interested in knowing that the nurse practitioner program in my province is being enhanced with new protocols. I see this as an opportunity to further enhance it.

Ms. Bennett: When I was at the University College of the Cariboo in Kamloops, it was very interesting meeting with the nursing students. Many are women with a second career. The number of them interested in community health and public health was really inspiring; that is how they see nursing now.

Senator Cook: If you think it cannot happen there, I would ask you to cast your mind to 9/11, where every plane that came across the Atlantic dropped itself on the ramps of Newfoundland.

The Deputy Chairman: We have a predicament, which I do not like at all as chair, but that is life. There is a vote at 4:40 so we have to suspend the committee, go vote, and then come back.

When we come back we will hear from Dr. Patricia Huston, the Associate Medical Officer of Health in Ottawa. We will have an opportunity to see the problems of the hands-on application of this act. It will be very interesting indeed.

The committee suspended.

The committee resumed.

The Deputy Chairman: We are delighted to Dr. Patricia Huston, Associate Medical Officer of Health for Ottawa, here. It should be very interesting because this will be an application at the city level of the federal-provincial problems we were talking about earlier.

Dr. Huston, thank you for staying despite the break for the vote. We would appreciate hearing from you now.

Dr. Patricia Huston, Associate Medical Officer of Health and Manager of the Surveillance, Emerging Issues, Education and Research Division of Ottawa Public Health, City of Ottawa: I have come today to offer the perspective of a local public health authority regarding controlling the spread of communicable disease. I would like to take the specific case of pandemic

Nous avons réservé une petite somme d'argent pour des bourses et des stages dans la collectivité. Nous espérons que le gouvernement fédéral pourra contribuer à combler les besoins en ressources humaines dans le domaine de la santé. Notre consortium qui s'intéresse à la santé scolaire est en train d'examiner une proposition provenant des sous-ministres de la Santé et de l'Éducation qui consiste à doter chaque école d'un coordonnateur de la santé scolaire. Les écoles étant la pierre angulaire d'une collectivité, nous savons que nous obtiendrions de meilleurs résultats, non seulement sur le plan des maladies infectieuses, mais sur le plan de la santé publique en général.

Le sénateur Cook : Vous serez peut-être intéressé de savoir que le programme à l'intention des infirmières praticiennes dans ma province sera amélioré grâce à de nouveaux protocoles. Je vois cela comme une occasion de les améliorer davantage.

Mme Bennett : Lorsque j'étais au University College of the Cariboo, à Kamloops, j'ai trouvé très intéressant de rencontrer les étudiants en soins infirmiers. Un grand nombre d'entre eux sont des femmes qui entreprennent une seconde carrière. Il était encourageant de constater qu'elles étaient nombreuses à s'intéresser à la santé communautaire et à la santé publique; c'est la vision qu'elles ont de la profession.

Le sénateur Cook : Si vous pensez que c'est impossible dans ma province, je vous demanderais de repenser au 11 septembre, lorsque tous les avions qui se trouvaient au-dessus de l'Atlantique ont dû atterrir à Terre-Neuve.

Le vice-président : Nous avons un petit problème, ce qui ne me plaît pas du tout en tant que président, mais c'est la vie. Il y a un vote à 16 h 40, alors nous devons suspendre la séance pour aller voter. Nous reprendrons nos travaux par la suite.

Lorsque nous reviendrons, nous écouterons la Dre Patricia Huston, médecin adjoint en santé publique à la Ville d'Ottawa. Nous aurons l'occasion de constater les problèmes qu'engendre l'application concrète de la loi. Ce sera très intéressant.

La séance est suspendue.

La séance reprend.

Le vice-président : Nous sommes ravis de recevoir la Dre Patricia Huston, médecin adjoint en santé publique à la Ville d'Ottawa. Son exposé sera très intéressant, car il nous montrera la gestion à l'échelon municipal des problèmes à l'échelle fédérale-provinciale dont nous parlions tout à l'heure.

Madame Huston, nous vous remercions d'être restée malgré l'interruption causée par le vote. Nous sommes ravis de vous écouter maintenant.

La Dre Patricia Huston, médecin adjoint en santé publique et gestionnaire de la Division de la surveillance, des questions d'actualité, de l'éducation et de la recherche pour la santé publique, Ville d'Ottawa : Je suis venue aujourd'hui pour vous exposer le point de vue des autorités sanitaires locales en ce qui a trait à la maîtrise de la propagation de maladies transmissibles.

influenza to illustrate some of the challenges involved in organizing a local response to this potential international public health emergency.

Local public health officials have been identified in the Canadian Pandemic Influenza Plan and in the Ontario Health Pandemic Influenza Plan as being responsible for local planning and coordination for pandemic preparedness.

I am chair of the Ottawa Pandemic Steering Committee and have recently drafted Ottawa's inter-agency pandemic plan. I sit on the Provincial Public Health Subcommittee for pandemic planning and was invited this fall to participate in a joint Health Canada/World Health Organization initiative to increase national emergency preparedness capacity.

As a public health physician working on pandemic preparedness and who witnessed SARS and its aftermath in Canada, I fully support the intent and provisions of Bill C-12. That being said, communicable diseases are notoriously difficult to eradicate. Despite all our knowledge about disease transmission, risk factors and treatments, many old diseases that we consider history, such as leprosy and syphilis, are with us today. The World Health Organization has called for all countries to step up their preparedness in case there is a genetic change in avian influenza to become a pandemic. If this occurs, the measures enacted by the Quarantine Act could delay, but likely will not be sufficient to prevent, pandemic influenza from entering Canada.

There have been stunning accomplishments in pandemic planning at international, national and provincial levels. Although this was necessary and laudable, my biggest concern is that the local health care system is really not ready. It is the local health care system that will need to take care of tens of thousands of infectious patients each week, for an estimated eight to 12 weeks. This lack of preparedness is not from lack of due diligence, but from structural challenges that still need to be overcome. I would like to take the next few minutes to give you some examples of those gaps and those challenges that we are experiencing at a local level.

Ottawa may have close to a best-case scenario for pandemic planning in Ontario. We have sought and received guidance from national pandemic planning experts here in town, and we are well-linked with provincial planning initiatives. We have an excellent inter-agency relationship with the hospitals, with home care, with the paramedics, with many other health services, and we have worked together, held case studies or table top exercises and so

J'aimerais utiliser le cas précis de la pandémie d'influenza pour illustrer certains des problèmes que comporte l'élaboration de mesures pour faire face à ce problème de santé publique urgent qui pourrait devenir international.

Dans le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza et dans le Plan ontarien de lutte contre la grippe pandémique, les autorités locales de la santé publique sont considérées responsables de la planification et de la coordination à l'échelon local des mesures d'intervention en cas de pandémie.

Je suis présidente du Ottawa Pandemic Steering Committee et j'ai rédigé récemment l'ébauche du plan interinstitutions en matière de pandémie de la Ville d'Ottawa. Je siège également au Sous-comité provincial de la santé publique qui se consacre à la planification en prévision d'une pandémie et j'ai été invitée cet automne à participer à une initiative entreprise conjointement par Santé Canada et l'Organisation mondiale de la Santé visant à accroître la capacité nationale de réagir à une situation d'urgence.

En tant que médecin en santé publique qui travaille à l'intervention en cas de pandémie et qui a été témoin de la crise du SRAS et de ses conséquences au Canada, j'appuie entièrement l'objet et les dispositions du projet de loi C-12. Cela étant dit, je dois mentionner que les maladies transmissibles sont difficiles à éradiquer. Malgré toutes les connaissances que nous possédons au sujet de la transmission des maladies, des facteurs de risque et des traitements, un grand nombre d'anciennes maladies que nous pensions disparues, comme la lèpre et la syphilis, sont réapparues. L'Organisation mondiale de la Santé a enjoint tous les pays d'accroître leur état de préparation en prévision d'une modification génétique éventuelle concernant la grippe aviaire qui causerait une pandémie. Si cela se produit, les mesures prévues dans la Loi sur la quarantaine permettraient de retarder la pandémie, mais il est fort probable qu'elles ne seront pas suffisantes pour l'empêcher d'atteindre le Canada.

Des progrès étonnants ont été réalisés au chapitre de la planification en matière de pandémie à l'échelle internationale, nationale et provinciale. Bien que de tels progrès étaient nécessaires et qu'ils soient louables, je crains que le système de santé local ne soit pas réellement prêt. C'est le système de soins de santé local qui devra s'occuper de dizaines de milliers de patients infectés chaque semaine pendant une période de huit à douze semaines, selon les estimations. Ce manque de préparation ne tient pas à un manque de prudence, mais plutôt à des obstacles d'ordre structurel qui doivent être surmontés. Au cours des prochaines minutes, j'aimerais vous donner certains exemples de ces obstacles auxquels nous sommes confrontés à l'échelon local.

Ottawa pourrait bien détenir le meilleur plan d'intervention en cas de pandémie en Ontario. Nous avons sollicité et obtenu des conseils de la part de spécialistes ici même à Ottawa en planification d'intervention en cas de pandémie nationale et nous sommes bien au courant des initiatives provinciales en matière de planification. Nous entretenons d'excellents rapports avec les hôpitaux, les services de soins à domicile, les auxiliaires

on. Despite the progress, many questions remain, and here are a few examples.

First, surveillance: You may remember that during the SARS outbreak the focus was on the number of cases, and whether that number was increasing or decreasing. Collecting surveillance information is critical to knowing whether we are at the beginning, middle or end of an outbreak. Specifically, we must collect statistics on laboratory-confirmed cases. It is important that these statistics are gathered in a uniform way, so that we know whether we are better or worse off than others. Yet, to date, there is no answer to the relevant local question: whom do I test for influenza and how do I get the sample to the provincial laboratory? Despite direct contact with the provincial pandemic working group on surveillance and thorough knowledge of local, provincial and national plans, I still do not have an answer to that question. This is a basic building block of pandemic influenza surveillance that is not yet in place.

Second, assessment strategies: It is not clear how we will be able to prevent the spread of pandemic influenza in the waiting rooms of emergency departments and family physicians' offices. Although we want to keep potentially infectious patients away from non-infectious patients, it is not at all clear operationally how we will do that. There are no guidelines out there right now to direct it.

Third, alternative care sites: Alternative care sites will be needed for influenza patients when hospitals become overwhelmed. As you know, many hospitals are already at 100 per cent capacity, so to have a case of pandemic influenza will seriously strain the hospital systems. The Ontario plan identifies the setting up of these alternative care centres as a local responsibility, but it does not identify whose responsibility it is, and this was not an oversight. It is simply not established.

Local discussions have not found a definitive answer either. Ottawa hospitals did not initially see this as their responsibility, and they have recently been informed of major budget cuts, so to ask them to think about opening up extra centres was counterintuitive. No family physician, group of family physicians, community health care centre or home care service has come forward to offer to organize this. Ottawa Public Health and the City of Ottawa have offered to provide the sites, but we do not provide clinical care services so we could not staff these centres.

médicaux et de nombreux autres services de santé. Nous avons travaillé de concert avec eux, effectué des études de cas, et cetera. Malgré les progrès réalisés, de nombreuses questions demeurent. En voici quelques exemples.

Premièrement, il y a la surveillance. Vous vous souvenez peut-être que, durant la crise du SRAS, l'attention était portée sur le nombre de cas et sur son augmentation ou sa diminution. Ce type d'information est essentiel pour pouvoir déterminer si nous sommes au début, au milieu ou à la fin d'une crise. Précisément, il faut recueillir des statistiques sur les cas confirmés en laboratoire. Il est important que ces statistiques soient compilées d'une manière uniforme de façon à savoir si la situation est plus ou moins pire qu'ailleurs. Pourtant, jusqu'à maintenant, nous n'avons aucune réponse à la question suivante : Chez qui doit-on tester la présence du virus de l'influenza et comment acheminer l'échantillon au laboratoire provincial? Malgré le fait que j'entretiens des rapports directs avec le groupe de travail provincial sur la surveillance des pandémies et que je connais bien les plans de la municipalité, de la province et du pays, je n'ai toujours pas de réponse à cette question. Il s'agit d'un morceau du casse-tête qu'il nous manque encore.

Deuxièmement, il y a les stratégies d'évaluation. Nous ne savons pas clairement comment nous serons en mesure de prévenir la propagation de l'influenza dans les salles d'attente des urgences et des cabinets de médecins de famille. Bien que nous voulions maintenir les patients potentiellement atteints à l'écart des patients non atteints, on ne sait pas du tout clairement comment nous y parviendrons. Il n'existe aucune ligne directrice à cet effet pour l'instant.

Troisièmement, il y a la question des autres lieux de soins. D'autres lieux de soins seront nécessaires pour traiter les patients atteints de l'influenza lorsque les hôpitaux auront dépassé leur capacité. Comme vous le savez, de nombreux hôpitaux fonctionnent déjà à pleine capacité, alors si une pandémie d'influenza survenait, les hôpitaux auraient beaucoup de mal à y faire face. Le Plan ontarien indique qu'il incombe aux administrations locales d'établir d'autres centres de soins, mais il ne précise pas à quelle entité en particulier appartient cette responsabilité; et ce n'est pas là un oubli, ce n'est tout simplement pas déterminé.

Dans le cadre de discussions à l'échelon local, cela n'a pas pu être déterminé. Les hôpitaux d'Ottawa ne considèrent pas qu'il s'agit de leur responsabilité, et ils ont appris récemment qu'ils allaient faire l'objet d'importantes compressions budgétaires, alors il était insensé de leur demander d'envisager d'ouvrir d'autres centres de soins. Aucun médecin de famille, groupe de médecine familiale, centre de soins communautaires ni aucun service de soins à domicile ne s'est offert pour mettre sur pied de tels centres. Le service de la santé publique d'Ottawa et la ville d'Ottawa ont offert de fournir des endroits, mais, comme ils n'offrent aucun service de soins cliniques, ils ne seraient pas en mesure d'y affecter du personnel.

Health care services are scrambling to meet staffing needs now. The idea of trying to provide surge capacity when health care professionals may be off due to illness has evoked many quizzical looks. People just do not see how they will do it.

There are some jurisdictional challenges. The challenge locally is that although local public health authorities have been charged with the local pandemic planning, we have no legal authority over family physicians, hospitals, paramedics, home care services or community health centres. No one has explicit responsibility to provide surge capacity. There is no legislative imperative for hospitals to coordinate their services. In Ottawa, none of the hospitals has written plans for providing surge capacity outside the confines of their own physical premises.

In other provinces, this is less of a problem. In Alberta, for example, there are district health authorities where all public health, hospital, paramedic, home care and community health services report to a single board of directors. However, to my knowledge, no province integrates family physicians into such a district health care model.

Therefore, one of the major challenges is the lack of integration of primary care. Recently, the top story of a local CBC station was that family physicians are not prepared for pandemic influenza. That is true. That is true despite the fact that Ottawa has probably done more to prepare family physicians for a pandemic than most municipalities in Canada. The rub is that few family physicians have actually participated in these preparedness activities because many physicians are simply too busy. They are in chronic information overload. Many are paid on a fee-for-service basis, so to come to an all-day case study or table top exercise would mean they would lose a day's wages. Perhaps most importantly, the majority of family physicians are independent professionals who are under no obligation to coordinate their efforts with other health care providers or with public health authorities.

I believe one of the biggest challenges in local pandemic preparedness is that there is no existing mechanism to coordinate the efforts of public health, hospital and community-based care. Trying to integrate family physicians into pandemic planning and response is particularly challenging. Who can legitimately represent family physicians at the local planning table? How can any decision taken there be binding?

There is also a problem of imperfect knowledge transfer. Again, David Naylor talks about the gap between "is" and "ought." One of the ways that this relates to pandemic preparedness is around the use of alcohol-based hand cleaners.

Les services de soins de santé ont de la difficulté à combler actuellement les besoins en dotation. L'idée de fournir du personnel supplémentaire alors que des professionnels de la santé sont en congé de maladie a suscité de nombreux regards interrogateurs. On ne voit tout simplement pas comment cela serait possible.

Il existe aussi certains obstacles liés aux champs de compétences. Bien que les autorités sanitaires locales aient été chargées d'effectuer un plan d'intervention en cas de pandémie, elles ne peuvent exercer aucun pouvoir légal auprès des médecins de famille, des hôpitaux, des auxiliaires médicaux, des services de soins à domicile ou des centres de santé communautaire. Personne ne détient la responsabilité explicite de fournir des centres de soins supplémentaires. À Ottawa, aucun des hôpitaux ne dispose d'un plan écrit sur la prestation de soins à l'extérieur de ses murs.

Dans d'autres provinces, le problème est de moins grande ampleur. En Alberta, par exemple, il existe des districts de santé au sein desquels les services de santé publique, les hôpitaux, les axillaires médicaux, les services de soins à domicile et les services de santé communautaire relèvent d'un seul conseil d'administration. Cependant, d'après ce que je sais, aucune province n'inclut les médecins de famille au sein de tels districts de santé.

L'un des problèmes majeurs est donc le manque d'intégration au niveau des soins de première ligne. Récemment, le reportage principal d'une station locale de CBC portait sur le manque de préparation des médecins de famille en prévision d'une pandémie d'influenza. C'est effectivement le cas. Et ce, malgré qu'Ottawa ait probablement fait davantage que la plupart des villes au Canada pour préparer les médecins de famille en vue d'une pandémie. Le hic c'est que peu de médecins de famille ont participé à ces activités de planification parce que bon nombre d'entre eux sont tout simplement trop occupés. Ils sont exposés à une surcharge chronique d'information. Plusieurs sont rémunérés à l'acte, ce qui fait qu'ils perdraient une journée complète de revenus s'ils la consacraient à une étude de cas ou à un exercice de simulation. Plus important encore peut-être, la majorité des médecins de famille sont des professionnels indépendants qui ne sont aucunement soumis à l'obligation de coordonner leurs efforts avec les autres fournisseurs de soins de santé ou avec les services de santé publique.

J'estime que l'un des principaux obstacles à l'efficacité des mesures locales de préparation en vue d'une pandémie est l'absence d'un mécanisme permettant de coordonner les efforts des services de santé publique, des hôpitaux et des services de soins communautaires. Il est particulièrement difficile d'intégrer les médecins de famille au processus de planification et de mise en œuvre des mesures d'urgence en cas de pandémie. Qui peut légitimement représenter les médecins de famille à la table de planification locale? Comment les décisions qui y sont prises peuvent-elles avoir force obligatoire?

Il y a aussi un problème au chapitre du transfert des connaissances. Encore là, David Naylor parle de l'écart entre ce qui est fait et ce qui doit être fait. Pour ce qui est de la planification des mesures d'urgence en cas de pandémie, on peut

The U.S. Centers for Disease Control and Prevention has developed programs for respiratory infection control that promote the use of hand cleaners, at work, at home and at school. Evidence shows that they are 99 per cent effective in killing viruses, including influenza virus. That is an incredibly good news story. However, it has not really been integrated into pandemic planning. Planning for pandemic and for emergency preparedness in general has been incredibly decentralized.

This fall, when I was working on the Health Canada-WHO project, a WHO official asked me, "What are the chances that your public health emergency preparedness plan will be identical to a comparable city in another province?" My response was, "Approaching nil, because we are all doing it independently." He found that astounding, considering that most countries do not have as highly decentralized a health care system as we do in Canada. One has to wonder about the efficiency of such a system.

Local plans for pandemic influenza vary widely. Furthermore, there is no mechanism for coordinating the neighbouring local responses, be it interprovincially or intraprovincially. For example, across the river from Ottawa in Gatineau, there is a completely separate pandemic planning process in place, although we have had some informal contacts to share notes. However, there is no mechanism; it is only working now because of relationships and goodwill.

We are currently conducting a scan of pandemic preparedness materials for the public. We have already found both gaps and huge redundancies. It reminds me of the spring of 2003 during SARS when public information sheets were prepared by Health Canada, the provincial ministries of health, local health units and other health care organizations. It reminds me of the summer of 2004 when West Nile virus was on the rise and public information sheets were developed by Health Canada, by the provincial ministries of health, by local health units and other health care organizations. In contrast, during those times, a similar scenario did not occur in the United States. Everyone simply went to the CDC website to download information. Surely Canada must begin to work towards a less disjointed and overlapping response.

To ramp up on the Ottawa case study, I am confident that when pandemic influenza hits Ottawa, we will be prepared to meet the challenges it brings. That will be due in part to important international, federal and provincial initiatives that are in place or in progress. It will also be due in part to the sheer ingenuity of incredibly dedicated people to overcome the gaps and structural

notamment constater ce phénomène quand il est question d'utiliser du détergent pour les mains à base d'alcool. Aux États-Unis, l'organisme Centers for Disease Control and Prevention a conçu des programmes de contrôle des infections respiratoires qui préconisent l'utilisation de détergent pour les mains au travail, à la maison et à l'école. Il a été démontré que ces détergents avaient un taux d'efficacité de 99 p. 100 pour détruire les virus, y compris celui de l'influenza. C'est une nouvelle formidable. Cette possibilité n'a toutefois pas vraiment été intégrée à la planification en vue d'une pandémie. Les efforts de planification en prévision d'une pandémie et de préparation des mesures d'urgence en général sont incroyablement décentralisés.

Cet automne, alors que je travaillais au projet conjoint de Santé Canada et de l'OMS, un représentant de l'OMS m'a posé la question suivante : « Quelles sont les chances que votre plan de mesures d'urgence en santé publique soit identique à celui d'une ville comparable dans une autre province? » Je lui ai répondu : « À peu près nulles, parce que nous travaillons tous en vase clos. » Il en a été abasourdi, étant donné que la plupart des pays n'ont pas un système de santé aussi fortement décentralisé que le nôtre. Il faut s'interroger sur l'efficacité d'un tel système.

Il y a des différences importantes entre les plans établis localement en prévision d'une pandémie d'influenza. Qui plus est, il n'existe pas de mécanisme de coordination pour les différentes mesures prévues dans des secteurs avoisinants, que ce soit d'une province à une autre, ou à l'intérieur d'une même province. Par exemple, de l'autre côté de la rivière des Outaouais à Gatineau, le processus de planification en place en vue d'une pandémie est totalement différent, bien que nous ayons eu certains contacts informels en vue de partager des renseignements. Il n'y a toutefois pas de mécanisme officiel en place; le fonctionnement est fondé sur les relations établies et la bonne volonté de chacun.

Nous procédons actuellement au dépouillement de la documentation accessible au public pour ce qui est de la préparation aux pandémies. Nous avons déjà cerné des lacunes et beaucoup de redondances. Cela me rappelle le printemps 2003 et la crise du SRAS lorsque des feuillets d'information pour le public ont été rédigés par Santé Canada, les ministères provinciaux de la Santé, les services de santé communautaires et d'autres organisations du secteur. Cela me rappelle aussi l'été 2004 et l'émergence du virus du Nil occidental lorsque des feuillets d'information pour le public ont été conçus par Santé Canada, par les ministères provinciaux de la Santé, par les services de santé communautaires et par d'autres organisations du secteur. Pendant ce temps, les choses se passaient bien différemment aux États-Unis. Il suffisait de visiter le site Web de CDC pour télécharger toute l'information requise. Il est bien évident que le Canada doit commencer à travailler à la mise en place d'un mécanisme d'intervention moins fractionné afin d'éviter les chevauchements.

Pour en revenir à la situation à Ottawa, je suis persuadée que si une pandémie d'influenza frappe la ville, nous serons prêts à réagir efficacement. Cette capacité nous vient notamment des importantes initiatives internationales, fédérales et provinciales qui sont en place ou en cours d'élaboration. Nous la tirons également en partie de l'ingéniosité des personnes incroyablement

challenges. These gaps and challenges may not be equally well addressed in other localities across Canada. Such an inevitably varied and patchwork response begs the larger question of how we could fill the gaps earlier and build a better structure.

In conclusion, I would like to say that great strides have been made in developing the public health care system in Canada, including augmented legislative powers that would be enabled by Bill C-12.

In order to optimize our emergency preparedness capacity and our ability to prevent the spread of communicable disease, we need to question Canada's decentralized health care system. An optimal local response would be well coordinated among the different health care providers and well connected with provincial, national and international efforts. We need mechanisms to better integrate public health, hospitals and community-based care. We need further integration of local, provincial, national and international public health initiatives.

The Deputy Chairman: Thank you very much, Dr. Huston. That was a truly wonderful presentation. Actually, it answered so many of the questions we have been wondering about that some of the questions are not going to be necessary.

I have sat in on the hearings for various health studies over the last couple of years, and one thing that is becoming very worrisome is the lack of organization of our primary care and the lack of integration of our primary care into community services and public health and emergency preparedness.

As you pointed out so well, if there is a pandemic and you send two or three patients to a large hospital, you close the hospital. We need to build basic infrastructure at the community level.

Senator Trenholme Counsell: Dr. Keon just summarized what I was going to say. Hospitals most certainly have to have a plan, and in the end they are the most likely ones to have a plan. The plan we really need is on the ground in the communities, because, except for those whose respiratory systems become really compromised, we do not want people with the flu in hospitals.

I am saddened by what you have said because I thought we were further along the road of developing these plans, but it is important that you have said what you have. Most of us have been involved in one way or another in emergency preparedness, where communities actually have a plan that they develop, practice and are ready to execute. That is what must happen and it must involve many players.

dévouées qui s'emploient à combler les lacunes et à contourner les obstacles structurels. Il est possible que ces lacunes et ces obstacles causent davantage de difficultés dans d'autres villes du Canada. La nature inévitablement variée et hétéroclite des mécanismes d'intervention nous amène à nous interroger, dans un contexte plus général, sur la façon dont nous pourrions combler ces lacunes plus rapidement et bâtir une structure plus efficace.

En conclusion, j'aimerais souligner les importants progrès réalisés dans le développement du système de santé publique au Canada, en tenant compte notamment des pouvoirs législatifs accrues que conférerait le projet de loi C-12.

Si nous voulons optimiser nos efforts de planification des mesures d'urgence et notre capacité d'empêcher la propagation des maladies transmissibles, nous devons remettre en cause la décentralisation du système de santé canadien. Les interventions locales auraient un maximum d'efficacité si elles étaient menées en coordination par les différents fournisseurs de soins de santé et en connexion avec les efforts provinciaux, nationaux et internationaux. Nous avons besoin de mécanismes permettant une meilleure intégration des services de santé publique, des soins hospitaliers et des services de santé communautaires. Il nous faut intégrer davantage les initiatives locales, provinciales, nationales et internationales en matière de santé publique.

Le vice-président : Merci beaucoup, docteur Huston. Votre exposé a été vraiment intéressant. En fait, vous avez répondu à un si grand nombre de nos interrogations que certaines de nos questions sont devenues superflues.

À la lumière des délibérations sur différentes études portant sur la santé auxquelles j'ai participé au cours des dernières années, je dirais que l'une des préoccupations croissantes est le manque d'organisation dans nos services de soins de première ligne et le manque d'intégration de ces soins aux services communautaires et à la planification des mesures d'urgence, en santé publique notamment.

Comme vous l'avez si bien signalé, s'il y a une pandémie et si deux ou trois patients atteints sont envoyés dans un grand hôpital, il faut fermer cet hôpital. Il convient d'établir une infrastructure de base à l'échelon communautaire.

Le sénateur Trenholme Counsell : Le Dr Keon vient de résumer un peu ce que j'allais vous dire. Il est bien certain que les hôpitaux doivent disposer d'un plan, et il est d'ailleurs probable que la plupart d'entre eux en ont déjà un. C'est sur le terrain, au sein des collectivités, que nous avons vraiment besoin d'un plan parce que nous voulons qu'aucun cas de grippe ne se retrouve dans les hôpitaux, sauf pour les personnes dont le système respiratoire est vraiment mal en point.

Ce que vous nous avez appris m'a attristé un peu, parce que je croyais que nous avions fait davantage de progrès dans l'élaboration de ces plans; il est tout de même important que nous en soyons informés. La plupart d'entre nous avons déjà participé d'une manière ou d'une autre à la préparation de mesures d'urgence; des communautés élaborent un plan, font des exercices et sont prêtes à le mettre en œuvre. C'est la façon dont les choses doivent se passer et plusieurs intervenants ont un rôle à jouer.

The hospitals, of course, are almost the refuge of last resort when it comes to the flu.

It is fine to hear glowing words from Parliament Hill, but it is better to hear from people like you who are in greater touch with reality. We heard about the terrible state of affairs in Toronto and about how bravely and heroically the outbreak was handled. It was very challenging and almost overwhelming for them.

Dr. Huston: I have tremendous respect for the work that Health Canada has done. The Canadian Pandemic Influenza Plan is truly a landmark document. A few years ago, people were wondering if we could even talk about a health care system in Canada, because it was so fragmented. It was extremely important to lay out the federal responsibilities, the provincial responsibilities and the local responsibilities at each phase of the pandemic plan. The Canadian plan came out a year before the plan in the U.K. It was a truly remarkable and seminal document that gave people a vision of how the different levels of public health could work together.

I do not want to say that locally we have been left in the breeze. Huge advances have been made at the federal level. SARS and now a possible pandemic have become a great motivator to address some of these issues. We have to consider where we were starting from in 2003.

Senator Fairbairn: I was getting worried when we were talking about the need to have special agreements for crossing the border into Canada, and then we were getting into the issue of crossing provincial borders within Canada, which opens up the almost scary thought of the negotiations that always take place between the federal government and the provinces. Those negotiations are never easy. On this issue, demanding though it is, they would still not be easy. You have taken us to another level entirely, reminding us that if we do not have the collaboration that you are talking about, we do not have much.

You mentioned the Province of Alberta, from whence I come. There has been an effort in Alberta to implement district organizations and to build the kind of system you were talking about. However, I can tell you, having had to work with this system through family, that there is another level yet underneath, and that is the education of the public, particularly older people, on how to access this quite well-developed system.

Dr. Huston: Yes.

Senator Fairbairn: Public education, especially in the case of an epidemic, may end up being among the most critical factors. I do not think we are quite there yet, even in Alberta. It is hard for a member of the public to know the language that has created the

Bien évidemment, les hôpitaux sont presque la solution de dernier recours pour ce qui est de la grippe.

Je n'ai rien contre les grands discours prononcés sur la Colline du Parlement, mais il est préférable d'entendre le point de vue de personnes qui, comme vous, sont davantage connectées à la réalité. Nous avons ainsi pu apprendre à quel point la situation était précaire à Toronto et être mis au fait des efforts courageux et héroïques qui ont été déployés pour contrôler la crise. Il s'agissait d'une situation très difficile et presque insurmontable pour les intervenants en place.

La Dre Huston : J'ai énormément de respect pour le travail accompli par Santé Canada. Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza est vraiment un document clé. Il y a quelques années, les gens se demandaient si nous pouvions même parler d'un système de santé canadien tellement il était fragmenté. Il était extrêmement important de préciser les responsabilités fédérales, les responsabilités provinciales et les responsabilités locales à chacune des étapes du plan de lutte contre la pandémie. Le plan canadien est arrivé un an avant celui élaboré au Royaume-Uni. C'est véritablement un document majeur et remarquable qui permet d'envisager la façon dont les différents paliers des services de santé publique pourraient travailler ensemble.

Je ne veux pas dire par là que les instances locales ont été laissées à elles-mêmes. Des progrès considérables ont été réalisés à l'échelon fédéral. La crise du SRAS et les risques actuels de pandémie ont contribué grandement à inciter les autorités à s'intéresser à quelques-unes de ces questions. Il faut se rappeler d'où nous sommes partis en 2003.

Le sénateur Fairbairn : J'ai commencé à m'inquiéter lorsque nous avons parlé de la nécessité de conclure des ententes spéciales pour l'entrée au Canada, et voilà que nous nous intéressons aux limites provinciales à l'intérieur du pays, ce qui nous laisse entrevoir la perspective presque effrayante de négociations entre le gouvernement fédéral et les provinces. Ces négociations ne sont jamais faciles. Ce sera encore difficile dans ce dossier, compte tenu de toutes les exigences qui y sont associées. Vous nous avez fait profiter d'une perspective tout à fait différente en nous rappelant que, sans les mécanismes de collaboration dont vous nous avez parlé, nos possibilités d'action sont très limitées.

Vous avez parlé de la province de l'Alberta dont je suis originaire. Des efforts y ont été déployés pour mettre en place des organisations de district et bâtir le genre de système dont vous nous parliez. Je peux toutefois vous dire, à la lumière de mon expérience familiale avec ce système, qu'il y a encore une question sous-jacente à régler et c'est celle de l'éducation du public, et des aînés surtout, quant au mode d'accès à ce système plutôt bien développé.

La Dre Huston : Tout à fait.

Le sénateur Fairbairn : La sensibilisation du public, surtout dans le cas d'une épidémie, peut devenir l'un des facteurs les plus importants. Je ne pense pas que cette considération soit vraiment prise en compte, même en Alberta. Il est difficile pour un citoyen

new district system in Alberta, or even to know where to look in the phone book. Home care is not called that any more, for example.

When all is said and done, probably each one of us needs an advocate. If we are not our own advocate, we need someone who is. Never would that be more important than in a case of great anxiety and perhaps panic.

The medical profession at all levels has to consider the awareness of the patient and the patient's family and make that connection so that the patient and family know how to access the very good things that you are doing here in Ottawa and that are being done across the country. That piece of the puzzle is difficult but necessary but communities large and small do not think about it much.

Dr. Huston: I agree with you. One of the exercises we did was to pretend we were the public and there was an outbreak in Vietnam and then an outbreak in Vancouver. We thought about what we would be asking for.

It was an interesting exercise. We wanted to know where to call, what to do and how to help. This started to become the focus of our efforts. We have a community engagement committee now developing educational materials on how to look after your loved ones at home without getting sick and how to get information. That is a huge piece of the puzzle. The public needs to be informed.

The two goals of pandemic preparedness are to minimize morbidity and mortality — illness and death — and to minimize societal disruption. We have been focused on the health care system, but we must also focus on decreasing societal disruption, getting the public prepared and getting business continuity plans in place.

Senator Cook: While I understand the context of your presentation, it is worrisome. You are from Ottawa Public Health. Is that a municipal jurisdiction or a provincial jurisdiction?

Dr. Huston: We are part of the City of Ottawa, a municipal jurisdiction. Fifty per cent of our funding comes from the province and we do have a provincially legislated mandate through the Health Protection and Promotion Act, but our borders are the City of Ottawa.

Senator Cook: The legislation before us is designed to put all the right bits and pieces in place. I share your concern. I have had sleepless nights about this, and you have just confirmed my worries. We live in a global village, so we need a global protocol.

de maîtriser la terminologie créée par le nouveau système de districts de l'Alberta, ou même de savoir comment s'y retrouver dans le bottin téléphonique. Par exemple, les soins à domicile portent maintenant une appellation différente.

Ceci étant dit, il est probable que chacun d'entre nous ait besoin de quelqu'un qui prenne en charge ses intérêts. Si nous ne le faisons pas nous-mêmes, quelqu'un d'autre doit s'en charger pour nous. Cela est d'autant plus important dans une situation où l'anxiété est forte et où la panique peut s'installer.

Les professionnels de la santé de tous les niveaux doivent faire le nécessaire pour que les patients et leurs familles sachent comment ils peuvent avoir accès aux excellents services que vous offrez à Ottawa et qui sont offerts un peu partout au pays. C'est une pièce délicate, mais essentielle, du casse-tête, mais les collectivités ne semblent pas y accorder une grande importance.

La Dre Huston : Je suis d'accord avec vous. Un des exercices que nous avons fait consistait à nous mettre à la place de la population. Nous avons simulé une urgence épidémiologique au Vietnam, puis à Vancouver. Nous nous sommes demandés quelles seraient nos exigences.

Ce fut un exercice fort intéressant. Nous voulions savoir qui appeler, que faire et comment apporter notre aide. Nous en sommes venus à concentrer nos efforts sur cet aspect. Nous avons maintenant un comité de mobilisation communautaire qui travaille à l'élaboration de documents d'information sur la façon de s'occuper de ses proches à domicile sans contracter la maladie et sur les moyens d'obtenir de l'information. C'est un élément crucial de l'équation. Il faut que les citoyens soient bien informés.

La planification des interventions en cas de pandémie vise deux objectifs : minimiser la morbidité et la mortalité — soit les cas de maladie et de décès — et minimiser la perturbation sociale. Nous avons concentré nos efforts sur le système de santé, mais il faut également s'employer à réduire les perturbations pour la société, à bien préparer les citoyens et à mettre en place des plans pour la continuité des opérations.

Le sénateur Cook : Je comprends bien le contexte de votre exposé, mais j'ai tout de même certaines interrogations. Vous travaillez pour les services de santé publique de la ville d'Ottawa. Ces services relèvent-ils de l'administration municipale ou du gouvernement provincial?

La Dre Huston : Nous relevons de l'administration municipale de la ville d'Ottawa. Notre financement vient à 50 p. 100 de la province et notre mandat est sous législation provinciale, soit en application de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, mais nos activités se limitent à la ville d'Ottawa.

Le sénateur Cook : Le projet de loi que nous étudions vise à mettre toutes les pièces du casse-tête en place. Je partage votre préoccupation. Cette question m'a causé des nuits blanches et vous venez de confirmer mes inquiétudes. Nous vivons dans un village planétaire; nous avons donc besoin d'un protocole planétaire.

There are three clauses in the bill that provide for the establishment of quarantine facilities, but the details — location, design, construction and operation — will be provided in regulations.

I understand what you are saying. With each crisis will come the opportunity to reach that goal. I understand that we have a rocky road ahead. Many people know how to achieve the goal, but we have not been able to get linkages in place. The legislation is an opportunity for us and for this committee to ensure that there is seamless delivery, if you will forgive the phrase, and to see that the infrastructure is there.

I come from Newfoundland. It is a small island with 350,000 people. Do not put me into Toronto and expect me to understand the consequences of a pandemic in the Greater Toronto Area. The numbers are overwhelming.

Unless we have a seamless protocol through all levels from the individual health boards on up, I do not see how, even with all the goodwill and the knowledge we have, we will be able to deliver what we are capable of delivering. I would like your response to that. I would also like you to help us see how we can get there.

Dr. Huston: The bill will help prevent the introduction or will delay the introduction of communicable diseases. My experience is that it may not do as much for the spread of communicable diseases.

Senator Cook: The Public Health Agency of Canada is struggling to be born, I would say. That is where our best options lie for making a strong federal agency that everything would feed into, that would not be restrictive, and that would be connected to at least parts of the whole, right to the nurse on the floor.

Dr. Huston: Absolutely.

Senator Cook: I do not know where we would go for extra people in my province. They would have to be flown in from the Maritime provinces. My province is at risk as much as the Greater Toronto Area. Planes drop in every day; tourist ships come during the season. We are just as vulnerable, but we have only that wonderful group of people that you are talking about; they have their own case scenario all ready in the event of a disaster, but they are not connected. That is worrisome.

Sooner or later we will have to have one seamless delivery that everyone understands. Can you offer any suggestions or help with that? Does anything in this bill address that problem? The first ministers meet annually. I am trying to see where we are.

Le projet de loi comporte trois dispositions prévoyant l'établissement d'installations de quarantaine, mais les détails — l'emplacement, la conception, la construction et le fonctionnement — seront précisés dans les règlements.

Je comprends bien ce que vous nous dites. Chaque nouvelle crise nous offre l'occasion d'atteindre cet objectif. Je suis conscient que l'avenir est semé d'embûches. Beaucoup de gens savent comment atteindre l'objectif, mais nous devons être en mesure d'établir les liens nécessaires entre ces personnes. Ce projet de loi nous offre la possibilité d'assurer une exécution uniforme, si vous me permettez l'expression, et de voir à ce que l'infrastructure requise soit en place.

Je suis originaire de Terre-Neuve. C'est une petite île avec une population de 350 000 personnes. Ne me placez pas à Toronto en espérant que je vais comprendre les conséquences d'une pandémie dans la grande région métropolitaine. Les chiffres sont époustouflants.

À moins de pouvoir compter sur un protocole uniforme à tous les niveaux, des conseils communautaires de santé jusqu'au sommet, je ne vois pas comment, même avec toute notre bonne volonté et toutes les connaissances à notre disposition, nous pourrions intervenir à la hauteur de nos capacités. J'aimerais savoir ce que vous en pensez. J'aimerais également que vous puissiez nous aider à mieux voir comment nous pourrions atteindre cet objectif.

La Dre Huston : Le projet de loi contribuera à empêcher ou à retarder l'introduction de maladies transmissibles. À la lumière de mon expérience, il devrait être moins utile pour ce qui est de freiner la propagation de ces maladies.

Le sénateur Cook : Je dirais que l'Agence de santé publique du Canada connaît une naissance difficile. C'est dans cette agence que résident nos meilleures possibilités de pouvoir compter sur une instance fédérale solide qui pourrait être alimentée par tous les échelons d'intervenants, qui ne serait pas restrictive et qui serait connectée à différents éléments du mécanisme d'ensemble, jusqu'aux infirmiers et infirmières en première ligne.

La Dre Huston : Tout à fait.

Le sénateur Cook : Je ne sais pas comment vous pourriez trouver d'autres intervenants dans ma province. Il faudrait les faire venir des provinces maritimes. Ma province est à risque tout autant que la région métropolitaine de Toronto. Des avions s'y posent tous les jours; des bateaux de touristes y accostent pendant la saison estivale. Nous sommes tout aussi vulnérables, mais nous ne pouvons compter que sur ce merveilleux groupe de gens dont vous nous avez parlé; leur plan d'intervention est prêt en cas de crise, mais ils ne sont pas reliés au reste du pays. C'est ce qui est inquiétant.

Nous devons tôt ou tard établir un mécanisme uniforme d'exécution que tout le monde comprendra. Pouvez-vous nous offrir des suggestions ou de l'aide à cet égard? Est-ce que certaines dispositions du projet de loi permettront de régler le problème? Les premiers ministres se réunissent une fois par année. J'essaie de voir où nous en sommes.

Dr. Huston: My local perspective cannot inform much on this question. This is a very significant act, but it is important to realize that it is just one piece. I was very encouraged to hear about the renewed health protection bill that is coming, as well as the other pieces that are coming. From a local perspective, this bill alone will not do it.

Senator Cook: That is why, Mr. Chairman, I think the regulations will be critical. I thank you very much for that information.

Senator Chaput: I will be repeating what Senator Cook said.

I am from Manitoba. Listening to your great presentation, I was worried. I know that they are not ready at home. I was on the regional authority board before becoming a senator. Had we heard such a message on that board, I am sure that all the board members would have worked together to see what could be done.

What do you think can be done? Who should be going to those regional authority boards and to the municipalities to tell them that they are not ready and that they must get ready? Board members would be open to such a suggestion, if they only knew. Sometimes when you are not connected at the federal level, as I was not before, you do not really grasp the extent to which you are not ready at the local level. What can be done in regard to telling us to get ready? I do agree with you that this bill is but one piece. Do you have any suggestions or ideas?

Dr. Huston: What we are doing locally is really a result of having gone through case studies in a tabletop exercise where you try to visualize the situation — a disease is in Vancouver, for example, now in Toronto, now here. Everyone who could be involved in that situation was invited to the table. The result was an agreement to set up a pandemic clinical care committee that would include hospital representatives, family physicians, home care people, paramedics. All the people involved in clinical care need to be at the table. Once again, pandemic is the great motivator. We have to put our heads together and come up with solutions.

Through dialogue and understanding the different perspectives, we start to find the solutions, and then we need to compare notes. I understand that a medical officer of health in Alberta, though I am not sure if it was the provincial or a municipal officer, had a meeting several weeks ago to which he invited local health units from across the country to share the kinds of solutions they have started to work out.

Having talked to quite a few people about this, I understand that the biggest problem is surge capacity. We have hospitals that are at 100 per cent capacity already, bursting at the seams now. People cannot get their heads around the idea of having staff off sick and yet needing to increase capacity.

La Dre Huston : Ma perspective locale ne me permet pas de vous en dire bien davantage à ce sujet. Il s'agit d'une loi très importante, mais il faut bien se rendre compte que ce n'est qu'un élément du processus. J'ai été très encouragée d'apprendre qu'un nouveau projet de loi sur la protection de la santé serait présenté sous peu, ce qui s'ajoute à d'autres mesures à venir. À mon point de vue, ce projet de loi ne suffira pas pour rectifier le tir.

Le sénateur Cook : C'est pour cette raison, monsieur le président, que j'estime que les règlements joueront un rôle crucial. Je vous remercie beaucoup pour tous ces renseignements.

Le sénateur Chaput : Je vais répéter un peu ce que le sénateur Cook vient de vous dire.

Je suis originaire du Manitoba. En écoutant votre excellent exposé, je me posais des questions. Je sais que les gens de ma province ne sont pas prêts. Je faisais partie du conseil de l'administration régionale de la santé avant de devenir sénatrice. Si nous avions alors eu vent d'un tel message, je suis persuadée que tous les membres du conseil auraient conjugué leurs efforts pour voir ce qui pouvait être fait.

Que pensez-vous que l'on puisse faire? Qui devrait aller voir ces conseils régionaux de la santé et ces administrations municipales pour leur dire qu'ils ne sont pas prêts et qu'ils doivent se préparer? Les membres des conseils accueilleraient volontiers des suggestions en ce sens, si seulement ils étaient mis au courant. Parfois, lorsque vous n'êtes pas connecté à la réalité fédérale, comme c'était mon cas auparavant, vous ne vous rendez pas vraiment compte à quel point vous n'êtes pas prêt à l'échelon local. Que peut-on faire pour tous sachent qu'ils doivent se préparer. Je conviens avec vous que ce projet de loi n'est qu'un élément de la solution. Avez-vous des suggestions ou des idées?

La Dre Huston : À Ottawa, nous avons fait des études de cas au moyen d'exercices de simulation où nous essayions de visualiser la situation — une maladie à Vancouver, par exemple, puis à Toronto, puis ici. Tous les intervenants pouvant avoir un rôle à jouer ont été invités à participer à l'exercice. Il a été convenu de mettre sur pied un comité responsable des soins cliniques en cas de pandémie qui comprendrait des représentants des hôpitaux, des médecins de famille, des fournisseurs de soins à domicile et des ambulanciers paramédicaux. Tous les intervenants dispensant des soins doivent être présents. Encore là, le risque de pandémie est la grande source de motivation. Nous devons réfléchir ensemble pour trouver des solutions.

En établissant un dialogue et en comprenant les différentes perspectives, nous commençons à trouver des solutions et nous devons ensuite comparer nos notes. Je crois comprendre qu'un médecin hygiéniste de l'Alberta — je ne sais pas si c'était le médecin hygiéniste de la province ou d'une municipalité — a tenu une réunion il y a plusieurs semaines, à laquelle il a invité les services locaux de santé de l'ensemble du pays pour discuter des solutions qu'ils avaient commencé à élaborer.

Je me suis entretenue avec plusieurs personnes à ce sujet et je comprends que c'est la capacité d'intervention en cas d'urgence qui fait le plus défaut. Nos hôpitaux fonctionnent déjà à pleine capacité; ils débordent. On ne voit pas comment on pourrait accroître la capacité s'il y a du personnel en congé de maladie.

Senator Pépin: Who will be responsible for finding the special hospital or the special place where those patients will be kept?

You spoke about Ottawa and Gatineau. The two are very close, just across the river. What would be important to communicate and to share or exchange between the provinces? What plans should be put in place? We can look at the number of doctors. Also, the rules from one province to another have to be quite similar.

Dr. Jean-Pierre Legault, Head, Quarantine and Travel Migration Health Program, Public Health Agency, Health Canada: It gets complicated very quickly. We have set up a web portal where everyone can go to find out what we are doing on pandemic planning. That is one form of communication.

In the last case study we worked on the idea of a daily schedule of teleconference calls. During an emergency, you spend half your time on the phone scrambling. It would be much more efficient to know that every day at nine o'clock the CEOs of the hospitals, the emergency operation centre at the city and the public health people would all have a chance to put our heads together. The head of the Département de santé communautaire could also join that teleconference meeting. Then we could start to share.

The Deputy Chairman: Thank you again, Dr. Huston. Your brief is invaluable to us. It will get careful attention in the chamber at third reading. I can assure you that you have made a tremendous contribution. It will be particularly important as everyone works their way through the health protection act, because it will give us an opportunity to deal with some of the holes you were talking about.

Dr. Huston: Thank you very much for the opportunity to speak to you.

The Deputy Chairman: Honourable senators, we will now proceed to clause-by-clause consideration of the bill, with your permission.

We have two amendments by Senator Pépin. They are straightforward. They are circulated to you and we can deal with them as we walk through the clause-by-clause consideration.

They are amendments by the committee, which I think is better than letting the bill go to the floor. I think our committee can agree on the amendments. However, if you have concerns and prefer not to do it this way, we can defer the amendments and get amendments on the floor at third reading.

Everyone can take a minute to read the amendments. They are well laid out; in fact, all they do is demand recognition of the work of the Senate in the process, rather than just the House of Commons.

Senator Trenholme Counsell: May I ask, since I am new here, whether regulations are always handled this way?

Le sénateur Pépin : Qui serait chargé de trouver l'hôpital spécial ou l'endroit spécial où ces patients seront gardés?

Vous avez parlé d'Ottawa et de Gatineau. Les deux villes sont très rapprochées, de part et d'autre de la rivière. Qu'est-ce que les deux provinces devront échanger et partager? Quels plans devraient être mis en place? Nous pouvons considérer le nombre de médecins. Par ailleurs, les règles doivent être assez semblables d'une province à l'autre.

Le Dr Jean-Pierre Legault, chef, Division de la quarantaine et de la santé des migrants, Agence de santé publique du Canada, Santé Canada : Les choses se compliquent très rapidement. Nous avons créé un portail Web que chacun peut consulter pour voir ce que nous faisons au chapitre de la planification en cas de pandémie. C'est là une forme de communication.

Dans le cadre de la dernière étude de cas, nous avons songé à tenir, de routine, des téléconférences quotidiennes. Dans une situation d'urgence, vous passez la moitié du temps au téléphone. Ce serait beaucoup plus efficace si, tous les jours, à neuf heures pile, les dirigeants des hôpitaux, le centre d'opération d'urgence de la municipalité et les responsables de la santé publique ont tous la chance de discuter ensemble. Le chef du département de santé communautaire pourrait également se joindre à cette téléconférence. Nous pourrions alors commencer à échanger des renseignements.

Le vice-président : Encore une fois, merci, docteur Huston. Votre mémoire nous est de la plus grande utilité et sera examiné attentivement au Sénat à la troisième lecture. Je peux vous assurer que vous avez fait une contribution extraordinaire. Votre document sera particulièrement important lors de l'examen de la loi sur la protection de la santé, parce qu'il nous permettra de nous attaquer à certaines lacunes que vous avez relevées.

La Dre Huston : Je vous remercie de m'avoir donné la chance de m'entretenir avec vous.

Le vice-président : Honorables sénateurs, nous procéderons maintenant à l'étude article par article du projet de loi, si vous le permettez.

Nous avons deux amendements proposés par le sénateur Pépin, dont vous avez reçu copie. Ils sont très clairs et nous pouvons les traiter à mesure que nous avançons dans l'étude article par article.

Ce sont des amendements du comité, et je crois qu'il est préférable d'agir ainsi plutôt que de présenter le projet de loi au Sénat. Je crois que le comité peut s'entendre sur les amendements. Toutefois, si vous préférez ne pas agir ainsi, nous pouvons reporter les amendements et les présenter au Sénat à la troisième lecture.

Prenons une minute pour lire les amendements. Ils sont clairement énoncés; en fait, ils visent simplement à demander de reconnaître le travail du Sénat dans le processus, au lieu de faire intervenir seulement la Chambre des communes.

Le sénateur Trenholme Counsell : Comme je suis nouvelle ici, puis-je demander si les règlements sont toujours traités de cette façon?

Senator Pépin: They always go to the House and to the Senate. Also, Senator Joyal introduced a special bill, S-8, to make sure that it is always mentioned in every piece of legislation that regulations go to both the House and the Senate. That is not new. This is a mistake and therefore must be corrected.

The Deputy Chairman: The amendments are to clauses 62.1 and 62.2, and we will deal with them when we get there. Are you comfortable in proceeding?

Is it agreed, honourable senators, that the committee move to clause-by-clause consideration of Bill C-12, to prevent the introduction and spread of communicable disease, the Quarantine Act?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall the title stand postponed?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clause 1 stand postponed?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clause 2 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clause 3 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clause 4 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clauses 5 to 11 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clauses 12 to 33.1 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: If I am moving too fast, slow me down.

Are all of the senators comfortable?

Hon. Senators: Yes.

The Deputy Chairman: Shall clauses 34 to 43 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clauses 44 to 46 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clauses 47 to 53 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clauses 54 to 57 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clauses 58 to 61 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clause 62 carry?

Le sénateur Pépin : Ils sont toujours présentés à la Chambre et au Sénat. De plus, le sénateur Joyal a déposé le projet de loi S-8 pour garantir qu'il soit toujours mentionné dans chaque mesure législative que les règlements sont soumis à la Chambre et au Sénat. Ce n'est pas nouveau. C'est une erreur et elle doit être corrigée.

Le vice-président : Les amendements touchent les articles 62.1 et 62.2 et nous allons les traiter lorsque nous serons rendus là. Êtes-vous prêts à procéder?

Honorable sénateurs, acceptez-vous que le comité procède à l'étude article par article du projet de loi C-12, qui vise à prévenir l'introduction et la propagation de maladies transmissibles, la Loi sur la mise en quarantaine?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'étude du titre est-elle réservée?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'étude de l'article 1 est-elle réservée?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'article 2 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'article 3 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'article 4 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Les articles 5 à 11 sont-ils adoptés?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Les articles 12 à 33.1 sont-ils adoptés?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Si je vais trop vite, ralentissez-moi.

Est-ce que tous les sénateurs se sentent à l'aise dans cette façon de faire?

Des voix : Oui.

Le vice-président : Les articles 34 à 43 sont-ils adoptés?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Les articles 44 à 46 sont-ils adoptés?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Les articles 47 à 53 sont-ils adoptés?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Les articles 54 à 57 sont-ils adoptés?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Les articles 58 à 61 sont-ils adoptés?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'article 62 est-il adopté?

Senator Pépin: I have an amendment.

The Deputy Chairman: Yes, it is coming. Shall clause 62.1 carry? Do you wish to speak on this, Senator Pépin?

Senator Pépin: We have distributed the amendment that we would like to have accepted. It has already been stated that regulations should go before the two Houses. We state the following:

[Translation]

(2) A proposed regulation that is laid before a House of Parliament is deemed to be automatically referred to the appropriate committee of that House, as determined by the rules of that House, and the committee may conduct inquiries or public hearings with respect to the proposed regulation and report its findings to that House.

(3) The Governor in Council may make a regulation under section 62 only if:

(a) neither House has concurred in any report from its committee respecting the proposed regulation before the end of 30 sitting days or 160 calendar days, whichever is earlier, after the day on which the proposed regulation was laid before that House, in which case the regulation may be made only in the form laid; or

(b) both Houses have concurred in reports from their committees approving the proposed regulation or a version of it amended to the same effect, in which case the regulation may be made only in the form concurred in.

(4) For the purpose of this section, "sitting day" means a day on which the House in question sits.

I move that Bill C-12 in clause 62.2 be amended.

[English]

The Deputy Chairman: We will hold clause 62.2.

It is moved by the Honourable Senator Pépin that the bill be amended as presented to clause 62.1. Is it your pleasure, honourable senators to adopt the motion?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: I declare the motion carried.

We move to clause 62.2.

[Translation]

Senator Pépin: The clause reads as follows:

(2) A proposed regulation that is laid before the House of Commons shall be referred to the Standing Committee on Health, or, in the event that there is not a Standing Committee on Health, the appropriate committee of the House, and it may review the proposed regulation and report its findings to the House.

Le sénateur Pépin : J'ai un amendement.

Le vice-président : Oui, on y arrive. L'article 62.1 est-il adopté? Voulez-vous intervenir, sénateur Pépin?

Le sénateur Pépin : Nous avons distribué le texte de l'amendement que nous aimerions faire adopter. Il a déjà été dit que les règlements doivent être présentés devant les deux Chambres. Nous affirmons ceci :

[Français]

(2) Le comité compétent, d'après le règlement de chacune des Chambres, est automatiquement saisi du projet de règlement et peut effectuer une enquête ou tenir des audiences publiques à cet égard et faire rapport de ses conclusions à la Chambre.

(3) Le gouverneur en conseil peut prendre un règlement en vertu de l'article 62 dans les cas suivants :

a) aucune des deux Chambres du Parlement n'a donné son agrément au rapport de son comité au sujet du projet de règlement avant l'expiration du trentième jour de séance de la Chambre ou du cent soixantième jour civil, le premier en date étant à retenir, suivant le dépôt du projet de règlement, auquel cas le règlement pris doit être conforme au projet déposé;

b) les deux Chambres du Parlement ont donné leur agrément au rapport de leurs comités respectifs approuvant le projet de règlement tel quel ou avec des modifications au même effet, auquel cas le règlement pris doit être conforme au projet agréé.

(4) Pour l'application du présent article, tout jour où siège la chambre est un jour de séance.

Je propose que le projet de loi C-12 à l'article 62.2 soit modifié.

[Traduction]

Le vice-président : Nous réservons l'étude de l'article 62.2.

Il est proposé par l'honorable sénateur Pépin que l'article 62.1 du projet de loi soit amendé d'après le texte présenté. Plaît-il aux honorables sénateurs d'adopter la motion?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : La motion est adoptée.

Nous passons à l'article 62.2.

[Français]

Le sénateur Pépin : Je cite :

Le Comité permanent de la santé ou à défaut le comité compétent de la Chambre des communes est automatiquement saisi du projet de règlement et peut procéder à la lecture de celui-ci et faire part de ses conclusions à la Chambre.

We are proposing that Bill C-12, in Clause 62.2, be amended by replacing lines 25 and 26 on page 26 with the following:

“before each House of Parliament, the Minister shall cause to be laid before each House a statement of the”.

[English]

The Deputy Chairman: It was moved by the Honourable Senator Pépin that the bill be amended as read. Is it your pleasure, honourable senators, to adopt the motion?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: I declare the motion carried. Shall clause 62.2, as amended, carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clause 63 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clause 64 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clauses 65 to 72 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clauses 73 to 80 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clause 81 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clause 82 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clause 83 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clause 84 carry?

Senator Trenholme Counsell: May I ask a question on clause 84? I must admit I have not read the bill as carefully as Senator Pépin. Were those the only two places where you found this inconsistency?

Senator Pépin: Yes.

Senator Trenholme Counsell: Okay.

The Deputy Chairman: Yes, that is correct.

Shall clause 84 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall the schedule carry?

Hon. Senators: Agreed.

Senator Trenholme Counsell: I had doubts about the schedule, and I raised those with the minister. I did ask them to review it carefully, because I do not feel it is as good as it should be. Do we have to pass the schedule? It is not part of the bill.

Nous proposons que le projet de loi C-12, à l'article 62.2, soit modifié par substitution aux lignes 24 et 25, page 26, de ce qui suit :

« (2) Le ministre fait déposer devant chaque chambre du Parlement une déclaration énonçant les... ».

[Traduction]

Le vice-président : Il est proposé par l'honorable sénateur Pépin que le projet de loi soit amendé d'après le texte qui vient d'être lu. Plaît-il aux honorables sénateurs d'adopter la motion?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : La motion est adoptée. L'article 62.2 amendé est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'article 63 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'article 64 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Les articles 65 à 72 sont-ils adoptés?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Les articles 73 à 80 sont-ils adoptés?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'article 81 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'article 82 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'article 83 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'article 84 est-il adopté?

Le sénateur Trenholme Counsell : Puis-je poser une question concernant l'article 84? Je dois avouer que je n'ai pas lu le projet de loi aussi attentivement que le sénateur Pépin. Est-ce seulement à ces deux endroits que vous avez trouvé cette incohérence?

Le sénateur Pépin : Oui.

Le sénateur Trenholme Counsell : D'accord.

Le vice-président : Oui, c'est exact.

L'article 84 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'annexe est-elle adoptée?

Des voix : D'accord.

Le sénateur Trenholme Counsell : J'avais certaines réserves à l'égard de l'annexe et j'en ai fait part au ministre. J'ai demandé que l'annexe soit examinée attentivement, parce qu'elle pourrait être bien meilleure, à mon avis. Devons-nous adopter l'annexe? Elle ne fait pas partie du projet de loi.

The Deputy Chairman: Yes, we have to pass the schedule. It is part of the bill.

Senator Trenholme Counsell: Is there some way that we can ask that it be reviewed? Can we pass the bill with an advisory? I am not sure how one does that.

The Deputy Chairman: You can speak to this on third reading in the chamber and have it read into the record.

Senator Trenholme Counsell: If I may ask you, chair, what did you think about, for instance, limiting influenza to type A? You have been in medicine much more recently than I have.

The Deputy Chairman: Actually, I do not know as much about it as you do because it is quite a long way from the heart.

I was comfortable with the answer that the minister and her expert gave on it. They felt they had it covered.

Would some of the officials care to speak to that to clarify the situation to increase the comfort level of Senator Trenholme Counsell?

Mr. Dennis Brodie, Legislative and Regulatory Policy Advisor, Centre for Emergency Preparedness and Response, Health Canada: There is a bit of confusion about this schedule, I must admit. The act requires travellers to report to a quarantine officer when they are arriving in Canada if they feel they have a communicable disease or have been in close proximity to someone who has. This list is intended to provide them with what Canada feels are the most important diseases from a public health standpoint. It is not an exhaustive list. It is there for travellers and for conveyance operators, who also must report. Therefore it is not intended to be exhaustive, and it can be amended from time to time.

The Deputy Chairman: It was my understanding that it will be amended if something surfaces in Uganda that is not on that list. It will be added to the list immediately.

Mr. Brodie: Yes.

Senator Chaput: From clause 63 my understanding is that the minister may amend the schedule, and she may make regulations to amend the schedule by adding, deleting or amending the name of any disease.

Mr. Brodie: That is correct.

Senator Chaput: If something comes up the minister can add to the list; is that correct?

Mr. Brodie: Exactly. That is by regulation.

Senator Chaput: How long does that take?

Mr. Brodie: If it is an emergency, I believe it can take a matter of days depending on the time of the year and so forth. It can be done quite quickly.

The Deputy Chairman: Senator Trenholme Counsell, did you have something more?

Le vice-président : Oui, nous devons adopter l'annexe. Elle fait partie du projet de loi.

Le sénateur Trenholme Counsell : Pouvons-nous demander qu'elle soit revue? Pourrions-nous adopter le projet de loi en y adjoignant un avis? Je ne suis pas certaine des procédures à suivre.

Le vice-président : Vous pouvez faire valoir votre point de vue lors de la troisième lecture en Chambre pour qu'il soit consigné dans le compte rendu.

Le sénateur Trenholme Counsell : Puis-je me permettre, monsieur le président, de vous demander ce que vous pensez, par exemple, de limiter l'influenza au type A? Vous avez pratiqué la médecine beaucoup plus récemment que moi.

Le vice-président : En fait, j'en sais moins que vous à ce sujet parce que c'est bien loin du cœur.

J'étais satisfait des réponses que la ministre et son expert nous ont données à ce propos. Elles étaient d'avis que la liste couvrirait tout.

Est-ce qu'un des porte-parole pourrait apporter quelques précisions pour rassurer le sénateur Trenholme Counsell?

M. Dennis Brodie, conseiller en politiques législatives et réglementaires, Centre de mesures et d'interventions d'urgence, Santé Canada : Je dois admettre que cette annexe sème un peu la confusion. La loi exige que les voyageurs avisent un agent de quarantaine, à leur arrivée au Canada, s'ils croient avoir une maladie transmissible ou s'ils ont été en contact avec une personne atteinte. Cette liste a pour but de leur indiquer ce que le Canada croit être les maladies les plus importantes sur le plan de la santé publique. Ce n'est pas une liste exhaustive. Elle a été ajoutée à l'intention des voyageurs et des conducteurs de véhicules, qui doivent aussi faire rapport. Par conséquent, la liste ne prétend pas être exhaustive et elle peut être modifiée à l'occasion.

Le vice-président : J'ai cru comprendre qu'elle sera modifiée si une maladie qui ne figure pas dans cette liste fait surface en Ouganda. Elle sera ajoutée à la liste immédiatement.

M. Brodie : Oui.

Le sénateur Chaput : L'article 63 permet au ministre de modifier l'annexe, par règlement, pour y ajouter, en retrancher ou y changer le nom d'une maladie.

M. Brodie : C'est exact.

Le sénateur Chaput : Si une maladie apparaît, le ministre peut l'ajouter à la liste; est-ce exact?

M. Brodie : C'est juste. Il le fait par règlement.

Le sénateur Chaput : Combien de temps est-ce que ça prend?

M. Brodie : S'il s'agit d'une urgence, je crois que c'est une question de jours, selon la période de l'année, et cetera. Le changement peut être fait assez rapidement.

Le vice-président : Sénateur Trenholme Counsell, voulez-vous ajouter quelque chose?

Mr. Brodie: I would like to add also that this does not mean that we could not deal with an unknown disease at the border, because the definition of a communicable disease is broad enough that we deal with anything coming across the border, even if it is not a scheduled disease or is not yet named, like SARS in its time; under this new act we could take action.

The Deputy Chairman: I understood that when a new virus appears you can name it immediately.

Mr. Brodie: Yes.

Senator Trenholme Counsell: Could you tell me what viruses were included in the vaccine in 2004-05 that the public received?

Dr. Legault: I cannot, no. I am the chief of operations of quarantine. I could not list that just right now.

Senator Trenholme Counsell: I do have trouble with the idea of limiting the influenza virus to one type, but perhaps I could speak to that. Certainly there is a clause whereby that can be modified. Since most of the diseases are correctly identified here, we should not just have measles. Maybe that is what is used commonly, but that is not what doctors talk about. They talk about rubella and rubeola. I do not think the list is as good as it could be.

Mr. Brodie: As you pointed out, it can be amended, but remember that this is only for reporting purposes. If I am coming back from somewhere overseas and I believe I have one of these diseases, then I am required by law to report that to the quarantine officer. That is the purpose of the schedule.

Senator Trenholme Counsell: I think there is a level of comfort in the bill.

The Deputy Chairman: Your point is well made and well taken, Senator Trenholme Counsell. I do think it is important that you raise this at third reading and it will get attention there.

Shall the schedule carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall clause 1 carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Shall the title carry?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Is it agreed that this bill be adopted with amendments?

Hon. Senators: Agreed.

The Deputy Chairman: Is it agreed that the chair report this bill as amended at the next sitting of the Senate?

Hon. Senators: Agreed.

M. Brodie : J'aimerais ajouter que nous pouvons quand même agir, à la frontière, en présence d'une maladie inconnue, parce que la définition d'une maladie transmissible est assez vaste pour que nous puissions traiter de tout ce qui arrive à la frontière, même s'il s'agit d'une maladie qui ne figure pas dans l'annexe ou qui n'est pas encore nommée, comme c'était le cas du SRAS à l'époque; cette nouvelle loi nous permet d'intervenir.

Le vice-président : J'ai compris que lorsqu'un nouveau virus apparaît, vous pouvez le nommer immédiatement.

M. Brodie : Oui.

Le sénateur Trenholme Counsell : Pouvez-vous me dire quels virus étaient inclus dans le vaccin de 2004-2005 que la population a reçu?

Le Dr Legault : Non, je ne le peux pas. Je suis le chef des opérations de quarantaine. Je ne pourrais pas dresser cette liste à brûle-pourpoint.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je n'aime pas l'idée de limiter le virus de l'influenza à un seul type, mais je pourrais peut-être faire valoir mon point de vue. Il y a certainement un article qui permet d'apporter cette modification. Puisque la plupart des maladies sont correctement identifiées ici, nous ne devrions pas utiliser seulement le terme « measles » en anglais. C'est peut-être le terme communément utilisé, mais les médecins utilisent les termes « rubeola » et « rubella ». Je crois que la liste pourrait être bien meilleure.

M. Brodie : Comme vous l'avez fait remarquer, elle peut être modifiée, mais il faut se rappeler que cette liste a été dressée à des fins de signalement seulement. Si je reviens de l'étranger et que je crois avoir une de ces maladies, je suis alors obligé par la loi d'en aviser l'agent de quarantaine. C'est là la raison d'être de l'annexe.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je crois que le projet de loi donne une certaine assurance.

Le vice-président : Nous prenons bonne note de ce que vous avez dit, sénateur Trenholme Counsell. Je crois qu'il est important que vous souleviez cette question à la troisième lecture et on y prêtera toute l'attention voulue à ce moment-là.

L'annexe est-elle adoptée?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : L'article 1 est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Le titre est-il adopté?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Le comité est-il d'accord pour que ce projet de loi soit adopté avec les amendements proposés?

Des voix : D'accord.

Le vice-président : Le comité est-il d'accord pour que le président fasse rapport du projet de loi amendé à la prochaine séance du Sénat?

Des voix : D'accord.

Senator Trenholme Counsell: Could we ask that the officials get us a bit more information on viruses that are under surveillance and observation in Health Canada and the makeup of the most recent virus that was issued publicly in the vaccine of 2004-05?

Mr. Brodie: I will commit to that, Mr. Chairman.

The Deputy Chairman: You will be in direct contact with Senator Trenholme Counsell, Mr. Brodie, will you?

Mr. Brodie: Yes.

The Deputy Chairman: Thank you very much indeed.

The committee adjourned.

Le sénateur Trenholme Counsell : Pouvons-nous demander aux représentants de nous donner un peu plus d'information sur les virus qui font l'objet d'une surveillance à Santé Canada et sur la composition du plus récent vaccin de 2004-2005 qui a été distribué à la population?

M. Brodie : Je prends cet engagement, monsieur le président.

Le vice-président : Vous communiquerez directement avec le sénateur Trenholme Counsell, n'est-ce pas, monsieur Brodie?

M. Brodie : Oui.

Le vice-président : Merci beaucoup.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

APPEARING

The Honourable Carolyn Bennett, P.C., M.P., Minister of State
(Public Health)

WITNESSES

Health Canada:

Dr. Jean-Pierre Legault, Head, Quarantine and Travel Migration
Health Program, Public Health Agency;

Dr. Ron St John, Director General, Centre for Emergency
Preparedness and Response;

Dennis Brodie, Legislative and Regulatory Policy Advisor, Centre
for Emergency Preparedness and Response;

Mario P. Simard, General Counsel.

City of Ottawa:

Dr. Patricia Huston, Associate Medical Officer of Health and
Manager of the Surveillance, Emerging Issues, Education and
Research Division of Ottawa Public Health.

COMPARAÎT

L'honorable Carolyn Bennett, C.P., députée, ministre d'État
(Santé publique)

TÉMOINS

Santé Canada :

Le Dr Jean-Pierre Legault, chef, Division de la quarantaine et de la
santé des migrants, Agence de la santé publique du Canada;

Le Dr Ron St John, directeur général, Centre de mesures et
d'interventions d'urgence;

Dennis Brodie, conseiller en politiques législatives et réglementaires,
Centre de mesures et d'interventions d'urgences;

Mario P. Simard, avocat général.

Ville d'Ottawa :

La Dre Patricia Huston, médecin adjoint en santé publique et
gestionnaire de la Division de la surveillance, des questions
d'actualité, de l'éducation et de la recherche pour la santé
publique d'Ottawa.



C-41
YC26
- 551



First Session
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, April 20, 2005
Thursday, April 21, 2005

Issue No. 13

Tenth and eleventh meetings on:
Mental health and mental illness

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
trente-huitième législature, 2004-2005

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président :

L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 20 avril 2005
Le jeudi 21 avril 2005

Fascicule n° 13

Dixième et onzième réunions concernant :
La santé mentale et la maladie mentale

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C.	Gill
(or Rompkey, P.C.)	Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(or Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, P.C.	Trenholme Counsell

*Ex officio members

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to the rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Chaput was substituted for that of the Honourable Senator Gill (*April 5, 2005*).

The name of the Honourable Senator Gill was substituted for that of the Honourable Senator Chaput (*April 12, 2005*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P.	Gill
(ou Rompkey, C.P.)	Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(ou Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, C.P.	Trenholme Counsell

*Membres d'office

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité :

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du Comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

Le nom de l'honorable sénateur Chaput est substitué à celui de l'honorable sénateur Gill (*le 5 avril 2005*).

Le nom de l'honorable sénateur Gill est substitué à celui de l'honorable sénateur Chaput (*le 12 avril 2005*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, April 20, 2005
(18)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 4:00 p.m., this day, in room 705 Victoria Building, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Gill, Keon, Kirby, Pépín (8).

Other senators present: The Honourable Senators Dyck and Mercer (2).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division and Nicole Pogue, Intern, Politic and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

Workers' Compensation Board of British Columbia:

Terry Bogyo, Director of Corporate Planning.

Canadian Medical Association:

Dr. Albert Schumacher, President;

Dr. Isra Levy, Chief Medical Officer and Director, Office for Public Health.

Canadian Psychiatric Association:

Dr. Blake Woodside, President.

Canadian Paediatric Society:

Dr. Diane Sacks, Past President.

Canadian Nurses Association:

Christine Davis, President, Canadian Federation of Mental Health Nurses.

Canadian Mental Health Association:

Penelope Marrett, Chief Executive Officer.

Canadian Psychological Association:

John Arnett, President.

Health Canada:

Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch;

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 20 avril 2005
(18)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 heures, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Cordy, Fairbairn, C.P., Gill, Keon, Kirby et Pépín (8).

Autres sénateurs présents : Les honorables sénateurs Dyck et Mercer (2).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de la recherche; Tim Riordan, analyste; et Nicole Pogue, stagiaire, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

Workers' Compensation Board of British Columbia :

Terry Bogyo, directeur de la planification corporative.

Association médicale canadienne :

Le docteur Albert Schumacher, président;

La docteure Isra Levy, administratrice médicale en chef et directrice, Bureau de la santé publique.

Association des psychiatres du Canada :

Le docteur Blake Woodside, président.

Société canadienne de pédiatrie :

La docteure Diane Sacks, présidente sortante.

Association des infirmières et infirmiers du Canada :

Christine Davis, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale.

Association canadienne pour la santé mentale :

Penelope Marrett, chef de la direction.

Société canadienne de psychologie :

John Arnett, président.

Santé Canada :

Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits;

Kathryn Langlois, Director General, Community Programs Directorate, First nations and Inuit Branch.

Terry Bogyo made a statement and answered questions.

At 4:40 p.m., Dr. Sacks, Dr. Schumacher and Dr. Woodside each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 6:26 p.m., the committee suspended its sitting.

At 6:40 p.m., the committee resumed its sitting.

Christine Davis, Penelope Marrett and John Arnett each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 8:00 p.m., Ian Potter made a statement. Together with Kathryn Langlois, the witnesses answered questions.

At 9:00 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, April 21, 2005
(19)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 10:45 a.m., this day, in Room 705 Victoria Building, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cook, Cordy, Gill, Keon, Kirby, LeBreton, Pépin (8).

In Attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness (*See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.*)

WITNESSES:

Social Development Canada:

Cecilia Muir, Director General, Office of Disability Issues;

Georges Grujic, Director, Programs, Offices of Disability Issues.

Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health:

Phil Upshall, National Executive Director;

Dr. John Service, Chair.

Kathryn Langlois, directrice générale, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Terry Bogyo fait une déclaration et répond aux questions.

À 16 h 40, les Drs Sacks, Schumacher et Woodside font une déclaration et répondent aux questions.

À 18 h 26, le comité suspend ses travaux.

À 18 h 40, le comité reprend ses travaux.

Christine Davis, Penelope Marrett et John Arnett font une déclaration et répondent aux questions.

À 20 heures, Ian Potter fait une déclaration et, de concert avec Kathryn Langlois, répond aux questions.

À 21 heures, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

OTTAWA, le jeudi 21 avril 2005
(19)

[Français]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 45, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Cordy, Gill, Keon, Kirby, LeBreton et Pépin (8).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de la recherche, et Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

Développement social Canada :

Cecilia Muir, directrice générale, Bureau de la condition des personnes handicapées;

Georges Grujic, directeur, Programmes, Bureau de la condition des personnes handicapées.

Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale :

Phil Upshall, directeur exécutif national;

Le docteur John Service, président.

National Aboriginal Health Organization:

Bernice Downey, Executive Director.

Health Department, Inuit Tapiriit Kanatami:

Larry Gordon, Chairman, National Inuit Committee on Health.

Cecilia Muir made an opening statement. Together with Georges Grujic, the witnesses answered questions.

At 12:15 p.m., Larry Gordon, Bernice Downey, Phil Upshall and John Service each made a statement. Together, the witnesses answered questions.

At 1:29 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

Organisation nationale de la santé autochtone :

Bernice Downey, directrice administrative.

Direction de la santé, Inuit Tapiriit Kanatami :

Larry Gordon, président, Comité national sur la santé des Inuits.

Cecilia Muir fait une déclaration et, de concert avec Georges Grujic, répond aux questions.

À 12 h15, Larry Gordon, Bernice Downey, Phil Upshall et John Service font une déclaration et répondent aux questions.

À 13 h 29, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, April 20, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 4:00 p.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (Chairman) in the chair.

[English]

The Chairman: Honourable senators, we are here to continue with our series of witnesses on the mental health and addiction study we are doing. We have witnesses here to take us into the evening.

We are delighted to have witnesses from across the country tonight. Our first witness is Mr. Terry Bogyo, the Director of Corporate Planning for the Workers' Compensation Board of British Columbia. Some of you will recall that we have had evidence in the past about the role that workers' compensation boards across the country play with respect to treating workers who are not "injured" in the usual physical sense, but suffer from some sort of mental illness such as stress and burnout. We thought it was important to understand how workers' compensation boards approach those problems and, in particular, to be able to contrast the role of workers' compensation boards with that of private insurance companies that provide employee benefits and employee health care services in a number of white-collar industries.

I know you have a short opening statement, from which you have given us some overheads. You will make your opening statement and we will be delighted to ask you questions.

Mr. Terry Bogyo, Director of Corporate Planning, Workers' Compensation Board of British Columbia: Senators and staff, I appreciate the opportunity to speak with you today about workers' compensation.

Workers' compensation is nothing new. It has been around in Canada for about 90 years. It is based on a report done for the Ontario government by Sir William Meredith. That report resulted in the first Worker's Compensation Act in Ontario in 1914. Every province copied the basic principles that Meredith put forward in his legislative proposal. Today, every province and territory has a workers' compensation act. The federal government has one too; it is called the Government Employees Compensation Act.

Now, Meredith included some principles in his legislative proposal, and one of them was the "historic compromise." This is what differentiates workers' compensation from the private insurance or the insurance liability model that you were looking into. Essentially, workers' compensation is a social contract. It is

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 20 avril 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 heures pour examiner des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (président) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président : Honorables sénateurs, nous sommes ici pour poursuivre l'audition de témoins dans le cadre de l'étude sur la santé mentale et la toxicomanie. Nos témoins sont si nombreux que la séance se prolongera sans doute en soirée.

Nous accueillons ce soir avec plaisir des témoins de tout le pays. Le premier est M. Terry Bogyo, directeur de la Planification, Workers' Compensation Board of British Columbia. Certains d'entre vous se souviennent certainement que nous avons par le passé entendu des points de vue sur le rôle que les commissions d'indemnisation des accidentés du travail de tout le pays assument à l'égard de travailleurs qui ne sont pas « blessés » au sens corporel, mais qui souffrent d'une forme quelconque de maladie mentale comme le stress ou l'épuisement professionnel. Il nous a semblé important de comprendre comment les commissions d'indemnisation des accidentés du travail abordent ces cas et, notamment, de pouvoir comparer le rôle des commissions d'indemnisation des accidentés du travail à celui des assureurs privés qui couvrent les avantages sociaux et les soins de santé des cols blancs de divers secteurs d'activité.

Je sais que vous voulez nous présenter d'abord un bref exposé, vous nous avez d'ailleurs remis les transparents. Nous vous écoutons. Nous serons ensuite ravis de pouvoir vous poser quelques questions.

M. Terry Bogyo, directeur de la planification corporative, Workers' Compensation Board of British Columbia : Mesdames et messieurs les sénateurs, employés du Sénat, je vous remercie de me donner l'occasion de discuter avec vous aujourd'hui de l'indemnisation des accidentés du travail.

Les régimes d'indemnisation des accidentés du travail ne sont pas nouveaux. Ils existent au Canada depuis environ 90 ans. Ils s'appuient sur un rapport réalisé pour le compte du gouvernement de l'Ontario par sir William Meredith et qui a donné lieu à l'adoption de la première loi sur l'indemnisation des accidentés du travail en Ontario, en 1914. Toutes les provinces ont repris les principes de base énoncés par Meredith dans son projet de loi. Aujourd'hui, les provinces et territoires ont tous une loi sur l'indemnisation des accidentés du travail. Le gouvernement fédéral en a une aussi, c'est la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État.

M. Meredith intégrait certains principes dans son projet de loi, notamment celui du « compromis historique ». C'est ce qui distingue l'indemnisation des accidentés du travail des régimes d'assurance privés ou du modèle d'assurance responsabilité que vous avez examiné. Essentiellement, l'indemnisation des

a form of insurance, yes, but what it really does is protect the employer from being sued by his workers for work-related injuries.

That protection comes at a cost. The employer has to fund a no-fault insurance program in order to pay the benefits to the workers. The worker draws his benefits for medical aid and wage loss from that no-fault insurance program, but we have taken away that worker's right to sue. That is part of the social agreement that is worker's compensation. The worker and the employer, the state and the community, are better off as a result of the reduced friction, lower court costs, and more rapid justice, if you will, for the worker involved.

Each jurisdiction has its constitutional responsibility for health and labour and has to set its own scope for its own legislation. They have to decide who is covered. They have to decide what is covered by the workers' compensation legislation and what authority the agency should have.

In British Columbia, we cover between 93 and 94 per cent of the employed labour force, but we are also the health and safety agency. We are the inspectorate. We set the worker's compensation regulations, the occupational safety and health regulations. We are the promoter of health and safety in our jurisdiction. That is not true of every workers' compensation board, so there are differences across Canada.

However, people still get hurt. We have 2 million workers in British Columbia. Every year, about 150,000 of them have a workplace injury; 60,000 of them have a serious enough injury to miss time from work; and sadly, we have to accept 150 claims for fatal workplace injuries.

Some people with mental illness and addiction problems do work, and some of them do get hurt. When they are hurt, we have the same issues as anyone else in trying to address their needs. Sometimes, their mental health or addiction problem is superimposed on an injury, and it can affect their recovery. At other times, a physical injury can cause a mental health problem. Think of a worker with a brain injury. Think of a worker who develops an addiction problem as a result of medication for back or neck pain. These are all real issues that can occur in a claim.

Some individuals have an underlying condition, and the occasion of the injury triggers a psychosis or development of a disability as a result. In all these cases, we have laws and policies that allow the workers' compensation board to act. Last year in

accidentés du travail est un contrat social. C'est une forme d'assurance, bien sûr, mais son but consiste essentiellement à protéger l'employeur contre les poursuites que pourraient intenter ses employés à la suite d'accidents du travail.

Cette protection a un prix. L'employeur doit financer un programme d'indemnisation sans égard à la responsabilité pour pouvoir verser des prestations aux travailleurs. Grâce à ce régime d'assurance sans égard à la responsabilité, le travailleur reçoit des prestations pour les services médicaux et la perte de revenus mais il doit renoncer à son droit d'intenter des poursuites. Cela fait partie du contrat social que constitue l'indemnisation des accidentés du travail. Le travailleur et l'employeur, l'État et la collectivité, bénéficient tous de la réduction des tensions et des frais judiciaires ainsi que d'une justice plus rapide, si vous me permettez l'expression, pour le travailleur concerné.

Chaque compétence a une responsabilité constitutionnelle en matière de santé et de main-d'œuvre et elle doit définir la portée de ses propres lois. Chacune doit déterminer qui est protégé. Chacune doit définir ce qui est couvert par sa loi sur l'indemnisation des accidentés du travail et les pouvoirs que devrait avoir l'organisme chargé de l'administrer.

En Colombie-Britannique, nous couvrons entre 93 et 94 p. 100 de la population active, mais nous avons aussi un mandat en matière de santé et de sécurité. Nous sommes chargés de la fonction d'inspection. Nous fixons les règles régissant l'indemnisation des travailleurs, les règles relatives à la santé et à la sécurité au travail. Nous sommes chargés de faire la promotion de la santé et de la sécurité sur notre territoire. Tel n'est pas le cas de toutes les commissions des accidentés du travail, il y a des différences selon les régions du Canada.

Toutefois, des accidents continuent de se produire. Nous avons deux millions de travailleurs en Colombie-Britannique. Chaque année, environ 150 000 d'entre eux sont blessés au travail; 60 000 sont victimes de blessures suffisamment graves pour devoir prendre des congés. Et, malheureusement, 150 demandes d'indemnisation liées à des accidents mortels en milieu de travail nous parviennent chaque année.

Parmi les travailleurs, il y a des personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie, et certaines d'entre elles sont blessées. Les problèmes qu'elles nous présentent sont les mêmes que ceux de tous les autres accidentés. Parfois, les problèmes liés à leur santé mentale ou à leur toxicomanie se superposent à la blessure et peuvent nuire à leur rétablissement. Il arrive aussi qu'une blessure physique provoque un problème de santé mentale. Pensez au travailleur victime d'une blessure à la tête. Pensez au travailleur qui développe une accoutumance à l'égard des médicaments qui lui ont été prescrits pour soulager une douleur au dos ou au cou. Tous ces problèmes sont très concrets et peuvent se présenter dans le cadre d'une demande d'indemnisation.

Certaines personnes souffrent d'une affection sous-jacente, et une blessure peut déclencher une psychose ou créer une invalidité. Dans tous ces cas, nous avons des lois et des politiques qui permettent au WCB d'intervenir. L'an dernier, en

British Columbia, we conducted 960 psychological assessments on individuals in our system to assist them in recovery and treatment and also in the adjudication of claims.

We do have the policies, and we do deal with the cases where there is a need and a clear connection between work and the injury of mental illness or the addiction. Where we do have difficulty is in the area of stress. For a specifically triggered stress, a traumatic incident — a hostage-taking, a bank robbery, a firefighter taking a child out of a burning building and seeing other children perish in the blast — these are concerns. These are real incidents and they cause psychological stress. We can deal with those under our legislation, and we do.

Some provinces have put a limitation on gradual onset stress, that is, stress that starts out as not perhaps connected to a specific incident, and over time becomes more significant. The trend in North America is to exclude those conditions from coverage under workers' compensation. This goes back to the historic compromise. How do you connect the workplace to the condition? Where is the nexus there? If you intend to force employers to fund the system, this is one aspect that has to be examined.

This is not universal. In Australia, the workers' compensation system for federal government employees is ComCare. It does include compensation for stress, including gradual onset stress. You should be aware that stress now accounts for 7 per cent of all claims received by the federal workers' compensation system in Australia and accounts for 27 per cent of all costs in that system.

You have similar legislation, as I said, the Government Employees Compensation Act, which protects the employer, the federal government, from being sued by its employees for work-related accidents and injuries. The federal government asks each province to administer that act. I have distributed through the clerk a copy of a very recent decision, *Royal Canadian Mounted Police v. Bruce Rees and Vina Rees*, in the Newfoundland and Labrador Court of Appeal, Chief Justice Clyde Wells, which perhaps gives you a better idea of the complexities in gradual onset stress and the fact that there are different definitions at the federal level from those at the provincial level. This is perhaps one of the first cases of gradual onset stress that, at least according to the courts, should be covered under the Government Employees Compensation Act, and it may have some implications with regard to policy.

The Chairman: Quickly, you can tell us the essence of the decision?

Mr. Bogyo: The worker was an RCMP officer who suffered a series of harassment events, as it was characterized, on the job that eventually led to a mental breakdown, to the point where he could not work. The case was taken to the Human Rights

Colombie-Britannique, nous avons réalisé 960 évaluations psychologiques de particuliers inscrits à notre système, pour les aider à se rétablir et à obtenir des traitements et aussi pour déterminer la validité de leurs demandes d'indemnisation.

Nous avons des politiques et nous acceptons tous les cas où il existe un besoin et un lien clair entre le lieu de travail et la blessure, la maladie mentale ou la toxicomanie. Là où nous avons le plus de difficulté, c'est dans le secteur du stress. Dans les cas de stress déclenché de façon spécifique, par un incident traumatisant — une prise d'otage, un vol de banque, un pompier qui arrache un enfant aux flammes mais qui voit d'autres enfants périr dans l'incendie —, le problème nous regarde. Il s'agit d'incidents très réels qui peuvent produire un stress psychologique. Nous pouvons traiter ces cas en vertu de notre loi, et nous le faisons.

Certaines provinces ont fixé la limite d'inclusion au stress d'apparition graduelle, c'est-à-dire les cas où le stress n'est pas nécessairement dû à un incident spécifique, mais s'aggrave avec le temps. La tendance, en Amérique du Nord, est d'exclure ces états de santé de la sphère des problèmes visés par l'indemnisation des accidentés du travail. Cela nous ramène au compromis historique. Comment peut-on rapprocher le lieu de travail et le problème de santé? Quel est le lien dans de tels cas? Si vous voulez obliger les employés à financer le système, cet aspect doit être examiné.

La protection n'est pas universelle. En Australie, le régime d'indemnisation des employés fédéraux s'appelle ComCare. Il prévoit des indemnités pour le stress, y compris le stress d'apparition graduelle. Mais sachez que le stress figure maintenant dans 7 p. 100 de toutes les demandes d'indemnisation présentées au régime d'indemnisation des employés fédéraux en Australie et qu'il représente 27 p. 100 de tous les coûts du système.

Vous avez une loi similaire, comme je l'ai dit, la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État, qui protège l'employeur, c'est-à-dire le gouvernement fédéral, contre les poursuites intentées par les employés en raison d'accidents et de blessures liés au travail. Le gouvernement fédéral a demandé à chaque province d'administrer cette loi. J'ai distribué à la greffière un exemplaire d'une très récente décision dans la cause *Royal Canadian Mounted Police c. Bruce Rees and Vina Rees* entendue par la Cour d'appel de Terre-Neuve-et-Labrador, qui a été prononcée par le juge en chef Clyde Wells. Elle vous donnera peut-être une meilleure idée de la complexité des affaires d'apparition graduelle du stress et illustre bien le fait que les définitions fédérales diffèrent de celles adoptées au niveau provincial. C'est peut-être l'un des premiers cas où l'apparition graduelle du stress est considérée, du moins d'après les tribunaux, comme relevant de la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État, et cela pourrait avoir certaines conséquences en matière de politique.

Le président : Pouvez-vous nous indiquer rapidement de quoi il retourne?

M. Bogyo : Le travailleur était un agent de la GRC qui a été victime au travail d'une série d'incidents de harcèlement, selon les termes utilisés, et qui a fini par sombrer dans la dépression à tel point qu'il ne pouvait plus travailler. L'affaire a été soumise au

Tribunal and ultimately an award of damages was made to the worker and to his spouse. It went in that direction because the worker was told he could not appeal or make an application to the Newfoundland workers' compensation system because that system excludes gradual onset stress. The court ruled that there should have been an application to the workers' compensation system in Newfoundland, but that really it is an application against the Government Employees Compensation Act, the federal legislation. The definition in the federal legislation of an "accident" is different from that in the legislation in the provincial sphere.

The Chairman: Different as in broader?

Mr. Bogyo: That is correct. It is broader. It contains no exclusion for gradual onset stress, whereas the provincial legislation specifically excluded it.

The situation, therefore, according to the judgment, and again I have only had a chance to read it through a few times since it was posted yesterday, indicates that the Government Employees Compensation Act is responsible for this. It should not have gone through any other jurisdiction. The proper jurisdiction was workers' compensation. The Newfoundland workers' compensation system would then have to adjudicate the claim, but using the definitions in the Government Employees Compensation Act, and award compensation, even though under its own compensation legislation, it would be barred.

The Chairman: Presumably now the plight of this particular RCMP officer goes back to the Newfoundland workers' compensation board?

Mr. Bogyo: That was my understanding.

The Chairman: Thank you. I had not read it, and I thought, since this is being shown on CPAC, why not tell people what the answer was rather than just what the question was.

Mr. Bogyo: It is a complex situation, and it creates a differential in the way in which cases will be handled. The case also illustrates some of the pain that individuals go through, including, in this case, the worker's spouse.

The Chairman: Thank you.

Mr. Bogyo: That is the essence of my presentation today. I do want to emphasize that workers' compensation legislation is decided by the legislatures across Canada. We do act on stress and mental illness, whether it is pre-existing or is triggered by the injury. If it is a barrier to recovery, we clearly are involved.

I actually got a phone call this morning indicating that last year we treated 780 individuals — this was beyond assessment — for \$1.4 million.

Today, at any given time, we have 370 individuals who would be classified as having mental illness or addiction problems and who are in active treatment within our system. Most commonly,

Tribunal des droits de la personne et, au bout du compte, des dommages-intérêts ont été accordés au travailleur et à sa conjointe. Les choses se sont déroulées ainsi parce que le travailleur avait été avisé qu'il ne pourrait pas faire appel ni présenter une demande au régime d'indemnisation des travailleurs de Terre-Neuve, car ce système exclut l'apparition graduelle du stress. Le tribunal a considéré qu'une demande aurait dû être présentée au régime d'indemnisation des travailleurs de Terre-Neuve, mais qu'en réalité, cette demande relevait de la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État, la loi fédérale. La définition d'« accident » dans la loi fédérale est différente de celle que l'on trouve dans la loi provinciale.

Le président : Différente... vous voulez dire plus large?

M. Bogyo : C'est exact. Elle est plus large. Elle ne prévoit pas d'exclusion pour l'apparition graduelle du stress, alors que la loi provinciale l'exclut spécifiquement.

En conséquence, d'après le tribunal, et je le répète, je n'ai pas eu l'occasion d'examiner en détail la décision depuis sa publication, hier, mais le tribunal a conclu que ce cas relève de la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État, qu'il n'aurait pas dû être soumis à une autre compétence. La compétence indiquée, c'est la Commission de l'indemnisation des accidentés du travail. Le régime d'indemnisation des travailleurs de Terre-Neuve aurait dû examiner la demande, mais en fonction de la définition inscrite dans la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État, et accorder une indemnité, même si la loi provinciale n'autorise pas une telle mesure.

Le président : J'imagine que maintenant c'est la Commission de l'indemnisation des accidentés du travail de Terre-Neuve qui décidera du sort de cet agent de la GRC?

M. Bogyo : Je le crois.

Le président : Merci. Je n'ai pas lu le document, mais je me suis dit que puisque nous sommes télédiffusés au réseau CPAC, il valait la peine de donner la réponse plutôt que simplement la question.

M. Bogyo : Cette affaire est complexe et elle crée des différences dans la façon dont les causes seront traitées. Le cas illustre aussi les épreuves que les victimes doivent traverser y compris, en l'occurrence, les conjoints.

Le président : Merci.

M. Bogyo : C'est le thème de mon exposé d'aujourd'hui. Je tiens à souligner que les dispositions législatives visant l'indemnisation des travailleurs sont déterminées par les assemblées législatives du Canada. Nous prenons des mesures pour lutter contre le stress et la maladie mentale, qu'elle soit préexistante ou qu'elle soit attribuable à la blessure. Si cela constitue un obstacle au rétablissement, nous interviendrons.

De fait, on m'a téléphoné ce matin pour indiquer que l'an dernier, nous avons traité 780 personnes — c'est beaucoup plus que nos estimations — au coût de 1,4 million de dollars.

Aujourd'hui, il y a toujours 370 personnes qui sont considérées comme souffrant de maladie mentale ou de problèmes de toxicomanie et qui suivent des traitements au sein de notre

these are mood disorders, post-traumatic stress disorders or depression. We deal with learning disabilities, which cause problems for individuals.

We have a network of 300 psychologists who can provide assistance, particularly for brain-injured individuals and those with psychosis. Internally, we have 14.5 full-time equivalents that monitor and manage the cases that need to go in this direction.

Are we seeing more cases now than we did in the past? According to our psychologists, more workers with pre-existing psychosis, mental illness and addiction are being injured. They have this overlay that they bring with their physical injury to their recovery. We are not seeing more stress claims because according to our legislation gradual onset stress is barred from the system.

The Chairman: You point out that the federal legislation does not exclude stress that increases over time, gradual onset stress. You might have some information on this in B.C. because you would adjudicate any federal claims based on that. Have you had a number of federal claims come through based on gradual onset stress?

Mr. Bogyo: To my knowledge, not many. Part of the reason is that until this decision, I think most people assumed that the legislative definition of the provincial statute would prevail. Indeed, as we now know, it is the federal jurisdiction definition that prevails. Will we see more? I think that is possible, given this ruling, should it stand.

The Chairman: I am struck by your statistics from Australia, which pertain, as I understood it, to federal workers, not to the entire workforce.

Mr. Bogyo: That is correct.

The Chairman: You said 7 per cent of their claims are for mental illness-related issues. I look at that 7 per cent and compare it with the roughly 1,000 out of 150,000, using the numbers you gave. More staggering to me is the statement that in Australia it is not just 7 per cent of the claims, it is 27 per cent of the costs.

Mr. Bogyo: That is correct.

The Chairman: I cannot quite get my mind around why that would be the case. We will have to attempt to answer that. It just seems completely out of proportion to me.

Mr. Bogyo: It does seem out of proportion. That is one of the concerns.

Australia is not the first jurisdiction to run into this issue. Similar statistics came out of California and Oregon, which both changed their definitions and the test for access for any sort of stress. In that legislation, I believe it is called "mental mental claims." These are where there is mental stress as opposed to a

système. Le plus souvent, ces personnes souffrent de troubles de l'humeur, de troubles de stress post-traumatique ou de dépression. Nous traitons aussi les difficultés d'apprentissage, qui créent des problèmes aux intéressés.

Nous avons un réseau de 300 psychologues qui peuvent fournir une aide, en particulier dans le cas des victimes de lésion cérébrale ou de psychose. À l'interne, nous avons 14,5 équivalents temps plein qui surveillent et gèrent ces cas.

Y a-t-il plus de cas maintenant que par le passé? D'après nos psychologues, un plus grand nombre de travailleurs souffrant de psychoses préexistantes, de maladies mentales et de toxicomanies sont victimes d'accidents. Ils traînent donc ce bagage avec leur blessure corporelle pendant leur rétablissement. Nous ne recevons pas plus de demandes pour cause de stress parce que notre régime législatif exclut le stress d'apparition graduelle.

Le président : Vous mentionnez que la loi fédérale n'exclut pas le stress qui s'aggrave avec le temps, le stress d'apparition graduelle. Vous avez peut-être de l'information à ce sujet en Colombie-Britannique, car vous arbitrez sans doute toutes les réclamations fédérales. Est-ce qu'un certain nombre de ces réclamations étaient liées à l'apparition graduelle du stress?

M. Bogyo : À ce que je sache, pas tellement. C'est sans doute en partie parce qu'avant la décision dont je viens de parler, la plupart des gens supposaient que la définition légale inscrite dans la loi provinciale prévaudrait. De fait, comme nous le savons maintenant, c'est la définition de la loi fédérale qui prévaut. Est-ce que les cas se multiplieront? Je crois que cela est possible, si la décision est maintenue.

Le président : Je suis renversé par les statistiques que vous nous avez présentées pour l'Australie, qui, si je comprends bien, portent uniquement sur les travailleurs de l'administration fédérale, et non pas sur l'ensemble de la population active.

M. Bogyo : C'est exact.

Le président : Vous avez dit que sept pour cent des réclamations avaient trait à des problèmes liés à la maladie mentale. C'est sept pour cent, en comparaison d'environ 1 000 sur 150 000, d'après les chiffres que vous nous avez fournis. Ce qui m'étonne encore plus c'est l'affirmation qu'en Australie cela ne correspond pas seulement à sept pour cent des demandes, mais aussi à 25 p. 100 des coûts.

M. Bogyo : C'est exact.

Le président : Je n'arrive pas à comprendre pourquoi. Nous devons essayer de répondre à cela. Ces chiffres me semblent tout à fait disproportionnés.

M. Bogyo : En effet, cela paraît disproportionné. C'est une de nos préoccupations.

L'Australie n'est pas la première compétence à se heurter à ce problème. Des statistiques similaires ont été compilées en Californie et en Oregon, deux États qui ont modifié leurs définitions et les critères d'admissibilité du stress, quel qu'en soit le type. Dans leurs lois, je crois que l'on parle de stress

physical injury. In both cases, that meant a more restricted access to benefits.

The other thing you have to realize is that most physical injuries, even broken bones, generally heal within six weeks. Damage to the psychological makeup may be far more pervasive and much harder to treat and rehabilitate. That 27 per cent of the cost in Australia is related primarily to the wage-loss equivalent and the treatment that goes on for many of these individuals for a lifetime.

The Chairman: In fact, it becomes an ongoing, much lengthier time cost than the cost of simply fixing a broken leg or a shoulder or whatever.

When people come to you with a complaint that is, if not stress related, is mentally related, you take the position that is not covered under your legislation. Therefore, they need to go to the health care system in B.C. or somewhere else, if that is the only problem they have. Is that correct?

Mr. Bogyo: Yes, with one qualification. If there is a doubt, we are an inquiry-based system. We have the ability to pay for a psychological assessment so we can make that determination. In some cases, we determine, having done the assessment, that this is not work related. The worker is free then to take that relatively costly psychological assessment and use it to access care, either in the community or through some other agency, including perhaps an employer's assistance program.

The Chairman: On the other hand, what if people come to you who have suffered a physical injury on the job, perhaps caused because they were depressed, got careless and were not functioning as well as they could? I am not talking about schizophrenia or something like that; I am talking about a stress-related issue that caused them to get careless. Did you say that under those circumstances, in addition to treating the physical injury, you would also try to treat the underlying illness?

Mr. Bogyo: I said that where it is a barrier to the recovery or the treatment, we have a policy in place whereby we can address the addiction or the mental illness. There is a case right now of a homeless individual with a shoulder injury whom we have put up in a hotel. That homeless individual has a pre-existing mental health issue and a drug addiction. These are preventing him from becoming stabilized to the point that he can have the shoulder surgery.

The Chairman: Presumably he hurt the shoulder when he was working and not homeless.

Mr. Bogyo: That is correct. There is a connection to the work. He was hired, if I remember correctly, under a day-labour situation. Regardless, as long as he has the shoulder injury and it is related to work, we must deal with that. The way we are doing this is to offer, and the worker has accepted, assistance in controlling his addiction and stabilizing his mental health condition so he can have the surgery.

d'origine mentale. Ce sont les cas où le stress est mental, par opposition à une blessure physique. Dans les deux cas, cela signifie un accès restreint aux prestations d'indemnisation.

Il faut aussi reconnaître que la plupart des blessures physiques, même les fractures, guérissent généralement en six semaines. Les préjudices causés à la constitution psychologique peuvent être beaucoup plus insidieux et difficiles à traiter et à guérir. Ce 27 p. 100 des coûts, en Australie, se rapporte principalement à l'indemnisation pour perte de revenus et au traitement qui continuera, dans de nombreux cas, pendant toute la vie de l'intéressé.

Le président : De fait, cela devient un coût permanent, étalé sur une période beaucoup plus longue que ce qu'il faut pour poser un plâtre sur une jambe cassée ou pour remplacer une épaule.

Lorsque l'on vous présente une demande liée non pas au stress mais à une maladie mentale, vous êtes d'avis que cela n'est pas couvert par votre loi. Les victimes doivent donc se tourner vers le système de soins de santé de la Colombie-Britannique ou vers une autre ressource, si c'est leur seul problème. Est-ce exact?

M. Bogyo : Oui, à une réserve près. S'il existe un doute, notre système est basé sur l'enquête. Nous sommes autorisés à payer une évaluation psychologique et nous pouvons faire la détermination. Dans certains cas, nous concluons, après avoir demandé une évaluation, que la maladie n'est pas liée au travail. Le travailleur est alors libre d'utiliser cette évaluation psychologique relativement coûteuse pour obtenir des soins, dans la collectivité ou par l'entremise d'un autre organisme, y compris peut-être un programme d'aide aux employés.

Le président : Par contre, que se passe-t-il si quelqu'un vous présente une demande d'indemnisation à la suite d'un accident de travail qui s'est peut-être produit parce que cette personne était déprimée, distraite ou ne travaillait pas aussi bien qu'elle l'aurait dû? Je ne parle pas de schizophrénie ni d'autre maladie aussi grave; je parle de questions de stress qui font que les personnes sont moins attentives. Est-ce que d'après vous, dans de telles circonstances, en plus de traiter la blessure physique, vous essayeriez aussi de traiter la maladie sous-jacente?

M. Bogyo : Comme je l'ai dit, si cela fait obstacle au rétablissement ou au traitement, nous avons pour politique de traiter la toxicomanie et la maladie mentale. Nous avons un cas à l'heure actuelle, un sans-abri qui a été blessé à l'épaule et que nous logeons dans un hôtel. Cette personne souffre d'une maladie mentale préexistante et de toxicomanie. Ces troubles nous empêchent de stabiliser son état pour que notre client puisse subir une chirurgie de l'épaule.

Le président : J'imagine qu'il s'est blessé alors qu'il travaillait, et qu'il n'était pas sans-abri.

M. Bogyo : C'est exact. Il y a un lien avec le travail. Il a été embauché, si je me souviens bien, comme journalier. Quoi qu'il en soit, puisqu'il est blessé à l'épaule et que cela est relié au travail, nous devons l'aider. Pour ce faire, nous lui avons offert, et il l'a accepté, un appui pour traiter sa toxicomanie et stabiliser son état mental afin qu'il puisse se soumettre à la chirurgie.

After the surgery, we will put him back in the hotel and have visiting nurses and counsellors change his bandages and ensure he is stabilized before we discharge him from our jurisdiction. As soon as we have done that, then we will try to connect him — and we are trying — with the appropriate community-based services, since we have no further jurisdiction after we have overcome that barrier.

The Chairman: However, the practical reality is that once his shoulder is fixed, he is no longer your problem.

Mr. Bogyo: The historic compromise that was based on this work-relatedness will no longer justify the expenditure from the employers' funds that have been given to us.

The Chairman: You may not know this for sure, but does every province's workers' compensation board legislation treat mental illness and stress-related problems the same way? You indicated the federal legislation does not, but is all the provincial legislation basically the same?

Mr. Bogyo: It is going in that direction. I cannot speak to every piece of legislation. There is some variability. In your first report, you have a table that indicates the variances in each province. There are continual changes to that. In practice, the situation that I outlined was based more on the policy than on the legislation. You do have some variability in policy across the country as well.

Senator Cordy: I would like to go back to what happens when a physical injury is superimposed on a mental condition or an addiction. The example you gave us involved somebody who had a pre-existing addiction. What about the situation where an injury could in fact cause an addiction or depression? Somebody is housebound with a back injury for months and becomes depressed.

What happens in those situations? Do you just deal with the injury that was directly related to work, the back injury? If a mental condition or an addiction is as a result of the physical injury, are you responsible for that in addition?

Mr. Bogyo: The short answer is absolutely, yes. If there is a clear nexus between the work-related injury and the depression or the drug addiction, we act. This is a very common situation causing depression, drug addiction, particularly to pain medication, even suicidal thoughts. We intervene and provide counselling.

I started my career 25 years ago as a vocational rehabilitation consultant. One of my first cases was an individual who had been working in a print system where sometimes the paper gets jammed and catches fire. He was clearing a jam when a breeze picked up the paper and wrapped it around his legs, and it caught fire. It melted the polyester in his pants to his body and he was seriously injured. I got the case about three months after the injury, and I noticed that we had not had contact with the individual for about three or four weeks. I went to his apartment. He did not answer the phone. I asked the manager to see if he could get the

Après la chirurgie, nous le logerons encore à l'hôtel et des infirmières visiteuses et des conseillers iront changer ses pansements et s'assurer qu'il est stabilisé. Nous fermerons ensuite son dossier, et nous essayerons — et nous essayons — de l'aiguiller vers les services communautaires appropriés, car nous n'avons pas la compétence voulue pour continuer d'intervenir lorsque nous aurons fini de le soigner.

Le président : Mais concrètement, dans les faits, quand son épaule sera guérie, cette personne ne relèvera plus de vous.

M. Bogyo : Le compromis historique qui découle du lien entre le milieu de travail et l'accident ou l'état de santé ne justifiera plus la dépense des fonds de l'employeur qui nous sont confiés.

Le président : Vous n'êtes peut-être pas au courant, mais est-ce que toutes les lois provinciales sur les commissions d'indemnisation des accidentés du travail traitent la maladie mentale et les problèmes liés au stress de la même façon? Vous avez dit que la loi fédérale était différente à cet égard, mais est-ce que toutes les lois provinciales sont à peu près semblables?

M. Bogyo : La situation évolue en ce sens. Je ne peux pas parler de toutes les lois. Il existe certaines différences. Dans notre premier rapport, vous trouverez un tableau qui indique les écarts pour chaque province. Des changements sont continuellement apportés. Dans les faits, la situation que j'ai décrite s'appuie plus sur la politique sur la loi. Vous constaterez aussi certaines différences de politique entre les régions du pays.

Le sénateur Cordy : J'aimerais revenir à ce qui se passe lorsqu'une blessure physique vient s'ajouter à une maladie mentale ou à une toxicomanie. L'exemple que vous nous avez donné concernait une personne qui était déjà toxicomane. Que se passe-t-il si une blessure entraîne effectivement une accoutumance ou une dépression? Quelqu'un confiné dans sa résidence pendant des mois à cause d'un mal de dos peut sombre dans la dépression.

Que se passe-t-il dans ces cas? Est-ce que vous traitez seulement la blessure qui était directement liée au travail, le mal de dos? Si un état mental ou une toxicomanie est le résultat d'une blessure physique, est-ce que vous devez prendre en charge ce nouveau problème?

M. Bogyo : La réponse est brève, c'est oui. S'il y a un lien clair entre la blessure subie au travail et la dépression ou la toxicomanie, nous intervenons. C'est une situation très courante, la blessure entraîne une dépression, une accoutumance aux médicaments, en particulier aux antidouleurs, et même des idées suicidaires. Dans ces cas, nous intervenons et nous offrons des services de counselling.

J'ai commencé ma carrière il y a 25 ans à titre de consultant en réadaptation professionnelle. Un de mes premiers clients était une personne qui avait travaillé dans une imprimerie du genre où parfois le papier se coince et prend feu. Il était en train de dégager une de ces accumulations de papier lorsqu'un courant d'air est venu enrouler le papier autour de ses jambes, et le papier a pris feu. Le polyester de son pantalon a fondu et le travailleur a été gravement blessé. Son cas m'a été confié environ trois mois après l'accident, et j'ai constaté que nous n'avions eu aucun contact avec ce travailleur depuis trois ou quatre semaines. Je me suis

individual to come to the door. We knocked on the door and the individual let us in. He was in bed. Having talked to the individual, I determined he was suffering from what I thought might be suicidal thoughts and what the psychologist told me later was post-traumatic stress. The worker took a long time to recover, and I do not think he ever went back to work in that particular place. All the treatment, the psychological treatment, the drugs that we used, the time that it took and the wage loss were all covered as a sequel to the injury, and therefore within the purview and jurisdiction of workers' compensation.

Senator Cordy: Would the person have to prove that it was not a pre-existing condition? For example, if he had suffered a bout of depression five years earlier, would that be considered?

Mr. Boggo: That sort of information is important. As I said before, if it was a condition and not a disability in the sense that the person was working, they were able to cope with whatever it was prior to the injury, we must take the person as we find them. The principle of a thin-skulled individual being injured is one that we have to accept in workers' compensation. The fact they have a more serious injury or impact as a result of the work-related injury does not preclude us from making the appropriate expenditures to ameliorate the effects. We must do what we can to restore that individual to the situation that they were in.

Senator Cordy: If you are dealing strictly with a mental health issue or an addiction, you would have to prove a clear connection between work and the mental health issue. How difficult is it for the person who is suffering from stress to prove a clear connection with work? Is it laborious, or is it fairly routine?

Mr. Boggo: We are an inquiry-based system, and our legislation says that if the balance of probabilities is equal, we rule in favour of the worker. Most of these cases come to our attention from adjudicators or physicians and physiotherapists who are treating the individual for a physical problem and note that there is a change in behaviour. The person is making depressive comments, or they recognize one of the other symptoms of addiction or mental illness. They inform the adjudicator and it is in those cases — at least 960 times last year — we end up doing a psychological assessment. We begin to investigate what the problem might be, and if treatment is necessary, we initiate that treatment.

Senator Cordy: How long is the waiting time for somebody to appeal a case, whether it is a physical or mental problem?

Mr. Boggo: Under the most recent legislative changes in British Columbia, we have strict timelines for both our internal review, which is a form of internal appeal — I believe it is in the order of 90 days — and the secondary level, the workers' compensation

rendu à son appartement. Comme il ne répondait pas au téléphone, j'ai demandé au concierge d'essayer de le convaincre de nous ouvrir. Nous avons frappé à la porte, et il est venu nous ouvrir. Il était au lit. Après lui avoir parlé, j'ai établi qu'il semblait ruminer des pensées suicidaires, et le psychologue m'a appris par la suite qu'il s'agissait de stress post-traumatique. Ce travailleur a mis du temps à se remettre, et je pense qu'il n'est jamais retourné travailler à l'imprimerie. Tout le traitement, le traitement psychologique, les médicaments que nous avons utilisés, le temps qu'il nous a fallu et la perte de revenus, tout a été couvert comme séquelle de la blessure, et donc dans le cadre du régime d'indemnisation des travailleurs.

Le sénateur Cordy : Est-ce que ce travailleur a dû prouver qu'il ne souffrait pas d'une maladie préexistante? Par exemple, s'il avait vécu un épisode dépressif cinq ans auparavant, est-ce que cela serait entré en compte?

M. Boggo : Les renseignements de ce type sont importants. Comme je l'ai dit, s'il s'agissait d'une maladie et non pas d'une invalidité, si la personne travaillait et qu'elle était en mesure de gérer sa maladie avant la blessure, nous l'accepter telle qu'elle nous arrive. Dans le cadre d'un régime d'indemnisation des travailleurs, nous devons admettre le principe qu'une personne fragile peut être victime d'un accident. Le fait que pour ces personnes la blessure soit plus grave ou ait des conséquences plus graves ne nous dégage pas de notre obligation d'engager les dépenses qui s'imposent pour améliorer son état. Nous devons faire ce que nous pouvons pour l'aider à se rétablir.

Le sénateur Cordy : Si vous parlez strictement de santé mentale ou de toxicomanie, il vous faudrait prouver un lien évident entre le travail et le problème de santé mentale. Est-ce qu'il est très difficile pour une personne qui souffre de stress de prouver un lien clair avec le travail? Est-ce laborieux, ou est-ce relativement courant?

M. Boggo : Nous fonctionnons dans un contexte d'enquête. Notre loi prescrit que s'il y a autant de probabilités d'un côté que de l'autre, nous devons trancher en faveur du travailleur. La plupart de ces cas nous sont renvoyés par des arbitres ou des médecins et des physiothérapeutes qui traitent le travailleur pour un mal physique et qui constatent un changement de comportement. La personne fait de remarques dépressives, ou ses fournisseurs de soins reconnaissent un symptôme quelconque d'une toxicomanie ou d'une maladie mentale. Ils informent l'arbitre, et c'est dans de tels cas — dans au moins 960 cas, l'an dernier — que nous demandons une évaluation psychologique. Nous commençons par examiner les causes du problème, et si un traitement s'avère nécessaire, nous le fournissons.

Le sénateur Cordy : Quelle est la durée de l'attente en cas d'appel de la décision, qu'il s'agisse d'un problème physique ou mental?

M. Boggo : En vertu des derniers changements apportés à la loi en Colombie-Britannique, nous avons des échéances strictes à respecter tant pour l'examen interne — je crois que c'est de l'ordre de 90 jours — qu'au deuxième niveau, au tribunal d'appel du

appeal tribunal, in the order of 150 days. These are legislative deadlines that must be adhered to should there be a dispute.

We attempt right from the beginning to deal with as many claims as we can. You have to remember in most of those cases, where we are talking about a psychological overlay or development of psychosis or mental illness or addiction following injury, chances are we have already accepted the claim. We have been treating the injury. The question may now be, is the problem still compensable? That is a very rare appeal and I do not have any statistics on it. I am sure if the committee wished, we could perhaps run some specific tests to find out what that number would be.

Senator Cordy: Is there legislation in other provinces in terms of timelines?

Mr. Bogyo: That is a trend in legislation to ensure that there is a timely decision on claims.

Senator Cordy: You hear stories about physical injuries in my province of Nova Scotia. You always read in the paper about the worst-case scenarios, but certainly about backlogs of workers' compensation cases, which is difficult enough if it is a physical injury, but is compounded if it is stress related because that would just increase the stress level.

Mr. Bogyo: We agree, and the legislature agreed and imposed time limits within the legislation that we now must meet.

Senator Cook: I understand that the Province of B.C. is on the cutting edge of workers' compensation across this nation. I gather from what I read here that you have a comprehensive program. We are looking at the possibility of developing a national mental health strategy. I would like you to hypothesize, if you would, about the gaps across this nation that we would need to look at and solve to bring that about. For instance, would workers' compensation mental health claims policies be reviewed, and by whom? How can uniformity be achieved among the various workers' compensation boards with respect to mental illness and addiction? That is the lens I am looking through. If, at the end of the day, we are looking at a national mental health strategy, is there a common denominator across the spectrum, or are there any gaps in the system?

Mr. Bogyo: I remember these were the kinds of questions that were raised in your Options paper. There are some complexities here. Workers' compensation legislation is a provincial matter. Each jurisdiction's legislation is designed not in a vacuum, but within the context of other pieces of legislation within that jurisdiction. British Columbia may well have legislation that already supports a certain aspect of mental health within the community. The limitations and scope of the workers' compensation legislation is developed within that context.

régime d'indemnisation des accidentés du travail, où le délai est de l'ordre de 150 jours. Ce sont les échéances fixées par la loi, et nous devons les respecter en cas de différend.

Nous essayons dès le départ de traiter un maximum de demandes. Il ne faut pas oublier que dans la plupart de ces cas, les cas qui présentent un aspect psychologique ou dont la psychose, la maladie mentale ou la toxicomanie s'est déclarée à la suite d'une blessure, il est fort probable que nous avons déjà accepté la demande. Nous avons commencé à traiter la blessure. La question qui se pose alors, c'est de savoir si le problème ouvre droit à une indemnisation. Il est très rare que l'on aille en appel, et je n'ai aucune statistique à ce sujet. Si le comité le désire, je suis convaincu que nous pourrions effectuer quelques vérifications précises pour établir le nombre de cas visés.

Le sénateur Cordy : Est-ce que les autres provinces ont légiféré au sujet des délais?

M. Bogyo : De plus en plus, on essaie dans les lois de veiller à ce que les décisions soient prises en temps opportun.

Le sénateur Cordy : Dans ma province, en Nouvelle-Écosse, on entend toutes sortes d'histoires au sujet de blessures. Les journaux ne parlent que des pires cas, mais il y a certainement un important retard dans le traitement des dossiers d'indemnisation des accidentés du travail, et la situation est déjà très difficile lorsqu'il s'agit d'une blessure physique, mais c'est encore pire si le travailleur souffre aussi de stress, parce que l'attente ne fait qu'augmenter le stress.

M. Bogyo : Nous sommes d'accord, et la loi l'a reconnu et a fixé des limites que nous devons maintenant respecter.

Le sénateur Cook : Je crois que la province de la Colombie-Britannique a une longueur d'avance sur le reste du pays en matière d'indemnisation des accidentés du travail. Je crois comprendre, d'après ce que j'ai lu, que votre programme est très complet. Nous envisageons d'élaborer une stratégie nationale de santé mentale. J'aimerais connaître vos hypothèses, si je peux m'exprimer ainsi, au sujet des écarts qui existent au pays et que nous devrions chercher à éliminer dans ce contexte. Par exemple, est-ce que les politiques sur les demandes d'indemnisation des travailleurs pour des questions de santé mentale seraient révisées, et par qui? De quelle manière est-ce que nous pourrions uniformiser les diverses commissions d'indemnisation des accidents du travail relativement à la maladie mentale et à la toxicomanie? C'est l'angle sous lequel je vois les choses. Si nous envisageons une stratégie nationale en matière de santé mentale, est-ce que nous trouverons un dénominateur commun, est-ce qu'il y a des écarts dans le système?

M. Bogyo : C'est le genre de questions, je m'en souviens, qui étaient soulevées dans le document que vous avez consacré aux options. La situation est complexe. Les lois sur l'indemnisation des accidentés du travail relèvent des provinces. Elles ne sont pas élaborées isolément, mais bien dans le contexte des autres dispositions législatives de la province. La Colombie-Britannique a peut-être déjà des lois qui appuient à certains égards la santé mentale dans les collectivités. Les limites et la portée de la loi sur l'indemnisation des accidentés du travail sont définies dans ce contexte.

In looking at the national scene, we do have an association of workers' compensation boards in Canada. We use that association to exchange ideas and to bring forward information that may be of use to legislators and policy-makers. However, we are talking about an association that has three full-time equivalents and a half-time person to help us prepare some statistics. This is an association of administrators, not of legislators. Such a strategy would be, at the legislative level, very much analogous to health care.

That is a provincial concern. It takes a national consensus among legislators to reach a standard on that level. We can also make comparisons, which tend to bring some consistency. The work of this committee and that of the Association of Workers' Compensation Boards in identifying the differences helps legislators and the public to decide what areas need to be adjusted. The federal government, as a player in workers' compensation through the Government Employees Compensation Act, can perhaps use that in a leadership position in trying to move other organizations toward consistency through its contracts with the provincial governments to administer those claims. The federal government could put specific wording in its own legislation. That could have the effect of bringing some consistency to treatment across the country, at least for federal employees, and ultimately, for others.

Senator Cook: Within the current system there are silos from province to province. Is there a benchmark of best practices to help us pull it together to develop a national mental health strategy under the existing framework, or should we look at an alternative?

Mr. Bogyo: Generally speaking, that would be a little too ambitious, in our view, because of the nature of workers' compensation. As well, there is a competitive aspect to what we do. The cost of premiums for workers' compensation is between 2 and 3 per cent of the cost of labour in Canada. We are competing in a world market. The cost structure and limitations for workers' compensation boards in the U.S. are similar to ours. Given what we know about more inclusive coverage for gradual onset stress, in particular, that would tend to drive up costs, as it did in California and Oregon. This is a concern for business because that cost would affect their competitiveness. In some respects, I want to switch that around and say that workers' compensation boards benefit, but more generally, it is society and the Canadian economy that benefit from having mentally healthy individuals in our population. We benefit in Canada from the access that workers have to a good health care system, something that they do not experience in the United States and which is a big concern for workers' compensation in that jurisdiction. We benefit from this and would be supportive of wellness. We are advocates for wellness, and prevention particularly, because our organization in British Columbia has a prevention mandate. Although I do not know whether you could create consistency

Sur la scène nationale, il existe une association des commissions d'indemnisation des accidentés du travail au Canada. Nous l'utilisons pour échanger des idées et de l'information qui pourraient être utiles aux législateurs et aux décideurs. Le personnel de cette association ne compte toutefois que trois équivalents temps plein et un employé à temps partiel pour nous aider à produire certaines statistiques. Il s'agit d'une association d'administrateurs et non pas de législateurs. Une telle stratégie serait, sur le plan législatif, très analogue à ce qui existe pour les soins de santé.

Il s'agit d'une compétence provinciale. Il faudra un consensus national entre les législateurs pour établir une norme à ce niveau. Nous pourrions aussi faire des comparaisons, ce qui favoriserait une certaine uniformité. Les travaux du comité et de l'Association des commissions d'indemnisation des accidentés du travail pour dégager les différences aident les législateurs et la population à déterminer dans quels secteurs des ajustements s'imposent. Le gouvernement fédéral est un intervenant dans ce domaine puisqu'il a instauré la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État. Il pourrait peut-être assurer le leadership et encourager d'autres organisations à uniformiser les règles. En effet, il a avec les gouvernements provinciaux des contrats relatifs à l'administration des demandes d'indemnisation. Il pourrait adopter dans sa propre loi un libellé spécifique qui favoriserait une certaine uniformité de traitement dans l'ensemble du pays, d'abord pour les employés fédéraux puis, en bout de ligne, pour les autres.

Le sénateur Cook : Dans le système actuel, il y a peu de communication entre les structures des différentes provinces. Est-ce qu'il y a en matière de pratiques exemplaires un étalon qui nous aiderait à mettre au point une stratégie nationale de la santé mentale dans le contexte actuel? Devrions-nous plutôt chercher d'autres solutions?

M. Bogyo : De façon générale, cela serait peut-être un peu ambitieux à notre avis, en raison de la nature même de l'indemnisation des accidentés du travail. En outre, il y a une mesure de compétition dans ce que nous faisons. Le coût de l'indemnisation des accidentés du travail est de deux ou trois pour cent du coût de la main-d'œuvre au Canada. Nous sommes en compétition avec le monde entier. Les commissions d'indemnisation des accidentés du travail aux États-Unis ont une structure de coûts et des limites semblables aux nôtres. Compte tenu entre autres de l'information dont nous disposons au sujet des régimes qui couvrent mieux le stress d'apparition graduelle, il faut s'attendre à une augmentation des coûts; c'est ce qui s'est produit en Californie et en Oregon. L'entreprise s'inquiète d'une hausse des coûts qui influencerait sur sa compétitivité. À certains égards, je veux modifier le paradigme et faire valoir qu'en effet, les commissions d'indemnisation des accidentés du travail profitent de la mesure, mais que de façon plus générale c'est la société et l'économie canadienne qui bénéficient d'une population active en bonne santé mentale. Le Canada profite du fait que ses travailleurs ont accès à un régime complet de soins de santé, un avantage qui n'existe pas aux États-Unis et qui inquiète profondément les régimes d'indemnisation

within the workers' compensation framework specifically, there is an argument that we would benefit from having a united strategy with respect to it.

Senator Cook: I compliment you for saying that the injury may begin as a physical one but you take a holistic approach to healing. That is comforting to hear from a workers' compensation official.

The Chairman: I want to welcome Senator Dyck, from Saskatchewan, who was appointed to the Senate last week. We are delighted that she is a member of this committee.

Senator Cochrane: Mr. Bogyo, your brief mentions section 6.4.2 in volume 1 of a study that suggests some workers' compensation boards are more reluctant than others to provide mental health disability benefits. Would you explain that to me?

Mr. Bogyo: That was from volume 1 of this committee's report, which quoted a report done for the Yukon, if I remember correctly. It simply laid out the legislative provisions. It is not that the boards are reluctant to provide that benefit but that the legislators have made rulings appropriate for their jurisdictions in respect of the extent to which stress or certain kinds of mental illness will be covered under their legislation.

That is a choice of the legislators, and the workers' compensation boards are the administrators of the legislation. My comment was that the table in the report shows the range of legislative differences. It is not reluctance on the part of the boards to provide the benefit, because the boards do what the legislation tells us to do. We are the body that gives life to the legislation. The legislation drives us in the same way that the Government Employees Compensation Act, which was missing from that list, also has some influence over what is covered for federal government employees. That variability goes back to the responsibility of legislators to design legislation that is responsive to the social, political, economic, cultural and historical values that are inherent to that jurisdiction. Whether it is right is not for the boards to say. It is our job to administer that legislation. It is not a matter of reluctance. If the legislation says that we cover it, then indeed it would be covered by us.

Senator Cochrane: I do not know if this is a fair question: Frequently, we hear on the news about people losing more time at work because of stress. Stress is having an effect on the work per se. Do you see that?

Mr. Bogyo: We have approximately 2,200 employees. Certainly we have a concern about "presenteeism." We believe that the wellness of our workforce is so important that we have initiated

des travailleurs chez nos voisins du sud. Nous profitons de cela et nous serions aussi en faveur d'un régime de mieux-être. Nous voulons promouvoir le mieux-être, en particulier sur le plan de la prévention, car notre organisation, en Colombie-Britannique, a un mandat dans ce domaine. Je ne sais pas si vous êtes en mesure d'assurer une certaine uniformité entre les régimes d'indemnisation des accidentés du travail, mais vous pourriez soutenir qu'il serait bénéfique d'adopter une stratégie uniforme.

Le sénateur Cook : Je suis heureuse de constater que même quand la blessure est d'abord physique vous abordez la guérison de façon globale. Il est réconfortant de l'entendre affirmé par le représentant d'une commission d'indemnisation des accidentés du travail.

Le président : Je veux souhaiter la bienvenue au sénateur Dyck, de la Saskatchewan. Elle a été nommée au Sénat la semaine dernière, et nous sommes heureux qu'elle fasse maintenant partie de notre comité.

Le sénateur Cochrane : Monsieur Bogyo, dans votre mémoire vous faites allusion à la section 6.4.2 du volume 1 d'une étude qui indique que certaines commissions d'indemnisation des accidentés du travail hésitent plus que d'autres à offrir des prestations d'invalidité pour les maladies mentales. Pouvez-vous m'en dire plus?

M. Bogyo : Cela se trouvait dans le volume 1 du rapport du comité, qui citait un rapport rédigé pour le Yukon, si je me souviens bien. On y exposait simplement les dispositions législatives. Ce n'est pas tant que les commissions hésitent à offrir de telles prestations, mais plutôt que les législateurs ont adopté des règles qui conviennent à leur situation pour déterminer dans quelle mesure le stress ou certains types de maladie mentale seront couverts par la loi.

Ce choix relève des législateurs; les commissions d'indemnisation des accidentés du travail se contentent d'administrer la loi. Le tableau du rapport montrait l'éventail des écarts législatifs. Il ne s'agit pas d'hésitation de la part des commissions, car les commissions ne font que ce que la loi leur dit de faire. Nous sommes la manifestation concrète de la loi. La loi nous régit tout comme la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État, qui ne figurait pas sur cette liste, influe sur ce qui est couvert pour les employés fédéraux. Les différences découlent de la responsabilité qu'ont les législateurs de concevoir des lois qui reflètent les valeurs sociales, politiques, économiques, culturelles et historiques inhérentes à leur compétence. Il n'appartient pas à la commission de dire si cela est bien ou mal. Notre tâche est d'administrer la loi. Ce n'est pas une question d'hésitation. Si la loi dit que quelque chose est inclus, nous allons l'accepter.

Le sénateur Cochrane : Je ne sais pas s'il est juste de vous poser cette question. Souvent, nous entendons à la radio ou à la télévision que les travailleurs perdent plus de temps en raison du stress. Le stress a un effet sur l'efficacité au travail. Est-ce que vous le constatez?

M. Bogyo : Nous avons environ 2 200 employés. Nous ne pouvons pas ignorer les dangers du « présentéisme ». Nous accordons tant d'importance au bien-être de notre main-d'œuvre

an employee assistance program. We call it an “employee and family assistance program” because we believe that the family should have access to the services without having to worry about going through the employee directly. We send messages home via fridge magnets. We believe so strongly in this that we have introduced a new program for our employees to model what we think is an appropriate employee safety, health and wellness program to encourage that. Certainly we see reports of stress-related effects. Nationally and internationally, we see more of it in the workers’ compensation field. The report of the National Institutes for Occupational Safety and Health is a wonderful, free publication on work-related stress. In the U.S. not many cases of work-related stress are covered, but clearly, it is an issue that even the NIOSH are trying their best to ameliorate.

Senator Cochrane: Do you know of any companies that place an emphasis on the kinds of programs that your organization has put in place for employees and their families?

Mr. Bogyo: Yes. I would hate to single them out, but I will say that this is a growing trend. You will find it in the human resource literature at the American Association of State Compensation Insurance Funds conference last summer in Minneapolis. One of the keynote addresses was about wellness, particularly within the organizations. We saw similar reports at the Workers’ Compensation Summit in Sydney, Australia, last year. The International Association of Industrial Accidents Boards and Commissions had a special leadership seminar this year in Omaha on exactly this topic.

There is a growing recognition among employers that mental health and wellness, the balance in people’s lives, is something that we need to value and encourage. We at the WCB in British Columbia believe that we should model that for the employer community as well as doing it for our own employees.

Senator Cochrane: We have also heard from witnesses in Toronto about how organizations, employers and so on, should be more cognizant of the fact that for some of these people who are undergoing a lot of stress and mental disorders, schedules should be allocated differently. For instance, rather than a nine-to-five job they can probably work from nine to three or nine to twelve and they accommodate them, knowing full well that they have a few difficulties that others do not. Do you see anything like that happening?

Mr. Bogyo: My first career and part of my credentials was as a vocational rehabilitation consultant, someone who works with individuals. Within our own program at workers’ compensation in British Columbia, we have a strong return-to-work program. If people are suffering from a mental illness or a physical one,

que nous avons mis sur pied un programme d’aide aux employés. Nous avons précisé qu’il s’agissait d’un programme d’aide aux employés et à leurs familles, car nous voulons la famille puisse avoir accès aux services sans s’inquiéter de faire intervenir directement l’employé. Nous diffusons des messages dans les foyers au moyen d’aimants à poser sur les réfrigérateurs. Nous tenons tellement à ce principe que nous avons adopté un nouveau programme pour nos employés, pour offrir comme modèle ce qui nous paraît être un programme approprié pour promouvoir la sécurité, la santé et le bien-être des employés. Nous constatons certainement les effets du stress. Au pays et à l’étranger, cette question prend de plus en plus d’importance dans le domaine de l’indemnisation des accidentés du travail. Le rapport des National Institutes for Occupational Safety and Health est une excellente source d’information au sujet du stress lié au travail, et il est distribué gratuitement. Aux États-Unis, peu de régimes admettent les cas de stress lié au travail, mais de toute évidence il s’agit d’un problème que même les NIOSH tentent d’atténuer.

Le sénateur Cochrane : Savez-vous si certaines entreprises s’inspirent des programmes que votre organisation a créés à l’intention de ses employés et de leurs familles?

M. Bogyo : Oui. Je ne veux pas en nommer, mais je sais que cette tendance est de plus en plus marquée. Vous le constaterez dans la documentation sur les ressources humaines publiée issue de la conférence de l’American Association of State Compensation Insurance Funds, qui s’est tenue l’été dernier à Minneapolis. Un des discours-programmes était consacré au mieux-être, notamment au sein des organisations. Nous avons vu des rapports similaires au Workers’ Compensation Summit, à Sydney, en Australie, l’an dernier. L’International Association of Industrial Accidents Boards and Commissions a justement consacré tout un séminaire au thème du leadership cette année, à Omaha.

Les employeurs sont de plus en plus conscients que la santé mentale et le mieux-être, l’équilibre dans la vie des travailleurs, sont des aspects que nous devons apprécier et encourager. À la WCB de la Colombie-Britannique, nous croyons qu’il nous faut présenter un modèle de ce type à la communauté des employeurs et l’adopter pour nos propres employés.

Le sénateur Cochrane : À Toronto, nous avons entendu des témoins souligner que les organisations, les employeurs, et cetera, devraient être sensibilisés au fait qu’il faut modifier les horaires pour certains de ces travailleurs qui souffrent d’un stress considérable ou de maladie mentale. Par exemple, plutôt que de les faire travailler de neuf heures à dix-sept heures, on pourrait sans doute leur demander de travailler de neuf heures à quinze heures ou de neuf heures à midi, répondre à leurs besoins parce qu’ils éprouvent des difficultés que d’autres ne connaissent pas. Est-ce que cela se fait?

M. Bogyo : Au début de ma carrière, et cela fait partie de mes états de service, j’étais consultant en réadaptation professionnelle, c’est-à-dire que je travaillais avec les gens eux-mêmes. Au WCB de la Colombie-Britannique, nous avons un solide programme de retour au travail. Si quelqu’un éprouve des difficultés d’ordre

regardless of whether it occurred at work or because they have some other problem, we will do what we can to make an adjustment, an accommodation for them in our workplace.

Recently, I had a person working with me for about a year who was dying of cancer. She did not want to be at home with her teenage son. She would rather be with people. We made an accommodation and she worked with me up to the week before she died. My assistants and I developed quite a friendship with her. It was hard, but it was also very valuable for her, and, I think, for the people in my group. It was very gratifying.

The Chairman: Just one quick question on your responses to Senator Cochrane. I assume that the kind of program for your employees that you talked about, whether dealing with stress on the job or helping to avoid it, was not in terms of them as WCB claimants, but under the capacity of the WCB's employer-sponsored health plan. Is that right?

Mr. Bogyo: That is correct. We believe we must walk the walk and we do believe in disability management. We believe in return-to-work. We believe that work is a valuable part of everyone's life, and if we believe in wellness, whether it is work related or non-work related, we want to model that. We are doing it as a good employer, but also because it reflects our values at workers' compensation.

The Chairman: I assume you have a private insurer of some kind from whom you buy a policy.

Mr. Bogyo: We do for the long-term disability payments, but we have our own return-to-work staff who work with our employees regardless of whether it is work-related or non-work-related injuries; and we do get both. We have our own wellness program, which is run by our human resources department. We have our own fitness program, which is run by volunteers from our own staff.

The Chairman: You self-fund your own short-term disability program? It is not insured?

Mr. Bogyo: It is all self-funded. Our insured program is a third-party administered flow-through cost.

Senator Pépin: I see you have a prevention program, you have different programs like — I will read it in English — mental wellness, intellectual wellness, spiritual wellness. I also see that you have a program in the schools in collaboration with the Ministry of Education. I would really like you to elaborate on it a little because it seems quite interesting.

Mr. Bogyo: This is a very interesting area, and one that we are very proud to be involved in. We believe that the next generation of workers needs to be safe, to have the right attitudes, the right beliefs regarding safety and prevention. With the Ministry of

mental ou physique, que le problème soit lié au travail ou à d'autres causes, nous faisons ce que nous pouvons pour l'aider à s'adapter à notre lieu de travail.

Récemment, une employée qui travaillait avec moi depuis à peu près un an souffrait d'un cancer très avancé. Elle ne voulait pas rester à la maison avec son fils adolescent. Elle préférait être au milieu des gens. Nous avons pris certaines dispositions et elle a pu travailler avec moi jusqu'à la dernière semaine avant son décès. Mes assistants et moi-même avons établi des liens d'amitié avec elle. C'était une situation difficile, mais je crois qu'il était important pour elle, mais aussi pour les membres de mon groupe, de pouvoir continuer à travailler. Cette expérience nous a beaucoup apporté.

Le président : J'aimerais poser une petite question au sujet des réponses que vous avez fournies au sénateur Cochrane. Je suppose que le type de programmes dont vous venez de parler, qui sont offerts à vos employés, qu'il s'agisse de stress au travail ou de prévention du stress, ne s'adressent pas aux clients du WCB, mais plutôt à ses employés, et que le WCB est ici l'employeur qui parraine un régime de santé. Est-ce exact?

M. Bogyo : C'est exact. Nous croyons que nous devons prêcher par l'exemple et nous sommes partisans de la gestion de l'incapacité. Nous reconnaissons l'importance du retour au travail. Nous croyons que le travail est un aspect précieux de la vie de tous et nous reconnaissons l'importance du mieux-être, que cela soit lié au travail ou non. C'est ce que nous voulons offrir comme modèle. Nous agissons ainsi parce que nous voulons être un bon employeur, mais aussi parce que cela reflète les valeurs de notre organisation.

Le président : J'imagine que vous achetez une police auprès d'un assureur privé.

M. Bogyo : Oui, pour les prestations d'invalidité à long terme, mais nous avons notre propre personnel pour le retour au travail, du personnel qui travaille avec nos employés, que leurs blessures soient ou non liées au travail; nous faisons les deux. Nous avons notre propre programme de mieux-être, administré par notre service des ressources humaines. Nous avons notre propre programme de conditionnement physique, administré bénévolement par des membres de notre personnel.

Le président : Vous autofinancez votre programme d'invalidité à court terme? Vous n'avez pas d'assurance?

M. Bogyo : Tout est autofinancé. Notre programme assuré est administré par un tiers sur une base d'acheminement des coûts.

Le sénateur Pépin : Vous avez un programme de prévention, vous avez divers programmes comme — et je lis — mieux-être mental, mieux-être intellectuel, mieux-être spirituel. Je constate aussi que vous gérez un programme en milieu scolaire, en collaboration avec le ministère de l'Éducation. J'aimerais que vous nous en parliez un peu, parce que cela paraît fort intéressant.

M. Bogyo : C'est un secteur très intéressant, et nous sommes très fiers de pouvoir y intervenir. Nous croyons que la prochaine génération de travailleurs devra manifester des attitudes sécuritaires et saines, elle devra avoir des convictions en matière

Education, from kindergarten right through to graduation, we have integrated into the curriculum programs about workplace safety and safety generally.

I would be very happy to send the committee one of our resource books, particularly for the high school group, but this is not unique in Canada. In Prince Edward Island they use a mascot called Stella the Safety Skunk, because "Getting Hurt Really Stinks!" The idea is to focus children from the earliest stage on the idea of safety and prevention. In British Columbia we have introduced a character called Work Safe Sam, who is a cuddly individual, wears a hard hat and looks a bit like a smurf. He now comes to parades and events to try to make the idea of safety more attractive and accessible to children and families. We believe it is society that has to change attitudes, in the same way that your report speaks about society changing attitudes towards mental illness and addiction.

Senator Pépin: They start in kindergarten, which I think is great, because they become aware of what they should do and things like that at an early age. I would like to see a copy of it.

Mr. Bogyo: I would be happy to send the committee some of our resources for the kindergarten through high school program.

The Chairman: That will be very helpful.

Senator Gill: I just want to know if this program applies to First Nations people.

Mr. Bogyo: Does the program apply to them? The education program?

Senator Gill: Education and the others, the compensation?

Mr. Bogyo: The education and the compensation programs apply to First Nations people as well. They are covered by workers' compensation. We get claims from that sector. We work with local bands. Some of our offices are located in areas where there is a high concentration of First Nations individuals, and our prevention officers, adjudicators and rehabilitation officers develop a relationship with the band to help workers get back to work and to prevent injuries.

Senator Gill: That means you are on reserve and off reserve?

Mr. Bogyo: Yes, some on-reserve employment is covered. It is not excluded.

The Chairman: In winding up, I will make three or four points on the basis of what you said and ask you if I am right or wrong. Number one is that, by and large, the increasing rate of mental illness among Canadians is not covered by WCB, simply because WCB was never meant to cover anything except on-the-job injuries. As you pointed out from the Oregon and California data,

de sécurité et de prévention. Avec le ministère de l'Éducation, du jardin d'enfance jusqu'à la fin des études secondaires, nous avons intégré dans les programmes scolaires un volet de sensibilisation à la sécurité en milieu de travail.

Je serai très heureux de faire parvenir au comité un de nos ouvrages-ressources, en particulier pour le niveau secondaire, mais nous ne sommes pas les seuls à agir dans ce domaine au Canada. Dans l'Île-du-Prince-Édouard, on a créé une mascotte baptisée Stella, une mouffette qui prône la sécurité, parce que « c'est dégoûtant d'avoir mal! » Il s'agit d'attirer l'attention des jeunes enfants sur la sécurité et la prévention. En Colombie-Britannique, nous avons un petit personnage qui s'appelle Work Safe Sam, une créature amicale qui porte un casque de sécurité et ressemble un peu à un Schtroumpf. Il participe maintenant à des défilés et à des manifestations pour rendre la notion de sécurité plus attrayante et plus accessible aux yeux des enfants et de leurs familles. Nous croyons que c'est la société qui doit changer les attitudes, tout comme vous parlez, dans votre rapport, de la société qui doit changer les attitudes à l'égard de la maladie mentale et de la toxicomanie.

Le sénateur Pépin : L'intervention commence au jardin d'enfance, et je crois que c'est excellent, parce que les enfants apprennent très tôt ce qu'ils devraient faire. J'aimerais en avoir un exemplaire.

M. Bogyo : Je ferai parvenir au comité certains de nos documents au sujet du programme du jardin d'enfance à la fin des études secondaires.

Le président : Cela nous sera très utile.

Le sénateur Gill : J'aimerais savoir si ce programme cible aussi les membres des Premières nations.

M. Bogyo : Est-ce que le programme s'applique à eux? Le programme d'éducation?

Le sénateur Gill : Celui-là et les autres, l'indemnisation.

M. Bogyo : Les programmes d'éducation et d'indemnisation s'adressent aussi aux membres des Premières nations. Les Autochtones sont couverts par la Commission de l'indemnisation des accidentés du travail. Nous recevons des demandes de ce secteur. Nous travaillons avec les bandes. Certains de nos bureaux sont situés dans des régions où il y a une forte proportion de membres des Premières nations, et nos agents de la prévention, nos arbitres et nos agents de réadaptation établissent des rapports avec la bande pour aider les travailleurs à reprendre le travail et à prévenir les accidents.

Le sénateur Gill : Est-ce que cela signifie que vous êtes dans les réserves ou à l'extérieur?

M. Bogyo : Certains types d'emploi dans les réserves sont visés. Ils ne sont pas exclus.

Le président : Pour terminer, j'aimerais revenir sur trois ou quatre points, d'après ce que vous nous avez expliqué. Vous me direz si j'ai tort ou raison. Premièrement, en règle générale, la fréquence croissante de la maladie mentale chez les Canadiens n'est pas du ressort du WCB, simplement parce que l'organisation n'a jamais eu pour mandat de s'occuper d'autre chose que des

expanding WCB coverage to include all forms of mental illness, particularly stress-related illness, would have a significant economic impact. That would indicate that if this committee is to look at changing the system for helping people with these kinds of problems, we have to look elsewhere than the WCB, because of the economic implications and because it is a much broader employer question than simply an on-the-job issue.

That then indicates that we need to look in some detail at what various employers are doing to help their employees deal with occupational stress. Is that a reasonable conclusion?

Mr. Bogyo: I think that is a very reasonable conclusion. I might add that I have heard others propose that programs and services be available from collectives of employers, because we are dealing with a lot of small employers who do not have access to these services. If there was infrastructure in place, clearly that would have the benefit of creating a healthier workforce.

The Chairman: Right. That would not be a classic group plan, which is for a group of employees of a single employer; you would have a group plan where the group was a collection of employers.

Mr. Bogyo: That is a proposal I have heard. Again, it is beyond our scope.

The Chairman: I am still struck by the Australian data. If you could let us know where you got that number, I would love to get as much detail behind it as possible.

Mr. Bogyo: It comes from two sources. One is a press report from Australia; I would be happy to send the actual clipping to the committee. I believe there was also a presentation in Australia that my colleague, the vice-president of review and investigations, Roberta Ellis, attended about a month ago. I will see if I can get any additional data on that.

The Chairman: That would be great. My last question is, since the Canadian act covers many of the things that the provincial acts do not, have you seen any data on the cost of the Canadian plan? There would not be any data on Canada, I would guess, because everyone assumed that the provincial statute set the terms, so there would be very few claims under the Canadian act. Is that correct?

Mr. Bogyo: I think that would be true. It would be very difficult to isolate the actual costs of the claims from Canadian data. If you did, perhaps it would be shaded because of the perception that the Government Employees Compensation Act was no broader than the workers' compensation act of a given province.

accidents de travail. Comme vous l'avez mentionné au sujet des données de l'Oregon et de la Californie, l'élargissement de la couverture du WCB de façon à englober toutes les formes de maladie mentale, en particulier celles dues au stress, pourrait avoir un impact économique considérable. C'est donc dire que si notre comité envisage de modifier le système pour aider les gens qui souffrent de ce genre de problèmes, il doit chercher ailleurs qu'au WCB, en raison des conséquences économiques et parce qu'il s'agit pour les employeurs d'une question qui ne se limite pas au milieu de travail.

Il nous faut donc examiner un peu plus en détail ce que font divers employeurs pour aider leurs employés à lutter contre le stress dû au travail. Est-ce que cela est une conclusion raisonnable?

M. Bogyo : Je crois que c'est une conclusion très raisonnable. Permettez-moi d'ajouter que j'ai entendu d'autres intervenants proposer que les employeurs se regroupent pour offrir des programmes et des services, parce que nous faisons affaire avec un grand nombre de petits employeurs qui n'ont pas accès à ces services. L'instauration d'une infrastructure pourrait, de toute évidence, favoriser la santé de la main-d'œuvre.

Le président : Bien. Il ne s'agirait pas d'un régime collectif classique, qui s'adresse à un groupe d'employés d'un même employeur; vous voudriez créer un régime collectif pour un ensemble d'employeurs.

M. Bogyo : C'est une des propositions dont j'ai pris connaissance. Là encore, nous n'avons pas d'autorité dans ce domaine.

Le président : Les données de l'Australie me reviennent constamment à l'esprit. Est-ce que vous pouvez nous dire d'où viennent ces chiffres? J'aimerais voir autant de détails que possible à ce sujet.

M. Bogyo : Ces données viennent de deux sources. L'une est un rapport de presse de l'Australie; je vous enverrai avec plaisir les découpages de presse. Je crois aussi qu'un exposé a été présenté en Australie. Ma collègue Roberta Ellis, vice-présidente à l'examen et aux enquêtes, y a assisté il y a environ un mois. J'essayerai de trouver plus d'information à ce sujet.

Le président : Cela nous aiderait beaucoup. Et voici ma dernière question. Puisque la loi canadienne couvre nombre des aspects que les lois provinciales ne couvrent pas, avez-vous recueilli des données au sujet du coût du régime canadien? J'imagine qu'il n'existe pas de données pour le Canada, car on suppose généralement que les lois provinciales définissent les conditions, alors très peu de demandes seraient présentées en vertu de la loi canadienne. Est-ce que c'est exact?

M. Bogyo : Je crois que oui. Il serait très difficile de calculer les coûts réels de l'indemnisation au moyen des données canadiennes. Si vous le faisiez, cela serait peut-être faussé parce que l'on croit généralement que la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État n'a pas plus de portée que les diverses lois provinciales sur l'indemnisation des accidentés du travail.

The Chairman: In our other study, on the physical care, hospital-doctor system, we found that the Australian data are pretty comparable to Canada's, not in absolute dollars, but in terms of percentages of various claims and the federal-provincial split, or the federal-state split in their case.

Thank you very much for coming. I appreciate you coming all the way from the West Coast; you were very helpful.

Mr. Bogyo: Thank you very much.

The Chairman: The next panel of witnesses is from the Canadian Medical Association, the Canadian Psychiatric Association and the Canadian Paediatric Society.

We have Dr. Albert Schumacher, President of the Canadian Medical Association; Dr. Blake Woodside, President of the Canadian Psychiatric Association; and Dr. Diane Sacks, past president of the Canadian Paediatric Society, who appeared before us in the early stages of this study. We will ask the witnesses to make their opening statement and then we will turn to questions to the panel as a whole.

Dr. Diane Sacks, Past President, Canadian Paediatric Society: Thank you, it is good to be back.

I would like to say that there are a tremendous number of positives about the work that this committee has done, and I have been following it closely. However, I would waste my time here if all I did was pat you on the back and say "Bravo." Indeed, you did not ask for that.

I address you as immediate past president of the Canadian Paediatric Society. Our society represents about 2,000 people, almost all of the country's pediatricians and many of our country's hospital-based pediatricians.

Pediatrics is a developmental and preventive health specialty whose practitioners spend four years after medical school focusing on infant, child and adolescent conditions. Many spend a large part of their consultant and primary care time addressing mental health issues. We are perfectly situated to rule out physical conditions that mimic psychiatric disorders and to follow medical treatments instituted by our colleagues in child and adolescent psychiatry. Our expertise in developmental and behavioural norms is a bonus, yet pediatricians are often ignored in provincial plans organized to address the mental health problems of children and adolescents.

The greatest omission in the work that I see is that it fails to stress the reality that most of the mental health disorders affecting Canadians today begin in childhood and adolescence. Failure to recognize this fact leads us to dealing with a stage-four cancer, often with major secondary effects, instead of a stage-one or

Le président : Dans l'autre étude que nous avons réalisée au sujet des soins physiques, du système hospitalier et médical, nous avons conclu que les données australiennes étaient fort comparables à celles du Canada, non pas en termes de montants absolus, mais de pourcentages des divers types de demandes et de la répartition fédérale-provinciale ou, pour l'Australie, fédérale-étatique.

Je vous remercie beaucoup d'être venu. Vous êtes venu de loin, mais votre contribution nous sera très utile.

M. Bogyo : Merci beaucoup.

Le président : Les témoins du prochain groupe représentent l'Association médicale canadienne, l'Association des psychiatres du Canada et la Société canadienne de pédiatrie.

Nous accueillons le Dr Albert Schumacher, président de l'Association médicale canadienne; le Dr Blake Woodside, président de l'Association des psychiatres du Canada et la Dre Diane Sacks, présidente sortante de la Société canadienne de pédiatrie, qui a déjà témoigné aux premières étapes de notre étude. Nous demandons aux témoins de nous présenter leur déclaration préliminaire, puis nous leur poserons des questions.

La docteure Diane Sacks, présidente sortante, Société canadienne de pédiatrie : Merci, je suis heureuse d'être à nouveau ici.

Je tiens à dire que les travaux de votre comité ont de nombreux aspects positifs, et je les suis de près. Je ne suis toutefois pas venue ici pour vous encenser. Ce n'est d'ailleurs pas ce que vous m'avez demandé.

Je suis ici à titre de présidente sortante de la Société canadienne de pédiatrie. Notre société compte environ 2 000 membres, soit presque tous les pédiatres du Canada, dont bon nombre travaillent dans les hôpitaux de notre pays.

La pédiatrie est une spécialité médicale axée sur le développement et la prévention, et ses praticiens étudient encore pendant quatre ans après avoir obtenu leur diplôme de médecine, en se concentrant sur les nourrissons, les enfants et les adolescents. Ils sont nombreux à consacrer une grande partie de leur temps de consultation et de soins primaires à traiter des problèmes de santé mentale. Notre pratique est le lieu idéal pour écarter toute affection physique qui se manifeste sous forme de troubles psychiatriques et pour appliquer des traitements médicaux institués par nos collègues pédopsychiatres et psychiatres de l'adolescence. Notre expérience des normes de développement et de comportement constitue un atout supplémentaire, mais pourtant les pédiatres sont souvent oubliés par les régimes provinciaux lorsqu'il s'agit de régler les problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents.

Ce que je déplore le plus dans le travail en cours, c'est que personne n'insiste sur le fait que la plupart des troubles de santé mentale dont souffrent les Canadiens aujourd'hui ont débuté dans l'enfance ou l'adolescence. Faute de reconnaître cette réalité, nous devons traiter un cancer de phase quatre, souvent avec

stage-two disease. Like obesity, mental health issues, if not addressed early in life, threaten to bankrupt our health care system.

It also neglects the success of current approaches that are already in place in communities being practiced by child developmental, behavioural and health experts. Pediatricians, psychologists, social workers and pediatric nurse practitioners, with collaboration from schools, family doctors and our colleagues in child and adolescent psychiatry, screen, identify and can successfully treat these conditions and some of the disorders that we worry about up to 70 per cent of the time. Lack of support for these approaches is dooming them to failure.

The society has submitted a response to the committee's report, some of which I would wish to elaborate on. It is positive to recognize that children and adolescents with mental health disorders are in fact "the orphan's orphan." Recognizing that the majority of adolescent mental health disorders — depression, anxiety, ADD, LD — being scientifically genetic in origin, begin in our young and do not go away, it is vital to take the next step. We should target youth identification and treatment. Child and adolescent disease should be understood as the precursor of adult disorders, and not stand alone as an orphan. It should in fact be a priority.

It is positive to recognize that services need to be involved in the school system. The next step is to recognize that we are now able to offer available, inexpensive, easy-to-apply and validated tools for identifying many of these disorders in children. These tools need to be utilized in a high risk, definable population identified within the school system.

What is this population? These are the children who are frequently absent, failing or dropping out. They need to be tagged and automatically screened for mental health disorders. We do not need to wait until they are in prisons to test them and find out, as they did in the U.S., that up to 80 per cent of prison residents have diagnosable conditions.

It is imperative that family doctors be taught to identify and tag for screening all children of parents with these disorders. Ministries of education need to be included in provincial mental health strategies. We need to recognize that services need to be community based; and in doing so, we need to recognize that treatments are done in communities, many by experts, many of whom are already in place and can, with educational support and appropriate remuneration, address these problems.

The current situation does not recognize the available professionals who are already working effectively on these disorders. It leads us to the problem of inequitable access in the community.

d'importants effets secondaires, plutôt qu'une maladie de phase un ou deux. Comme l'obésité, les questions de santé mentale, si elles ne sont pas traitées dans l'enfance, menacent de mener à la ruine notre système de soins de santé.

On ne reconnaît pas non plus le succès des approches que les spécialistes du développement, du comportement et de la santé des enfants utilisent déjà dans les collectivités. Les pédiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux et les infirmières pédiatriques, en collaboration avec les écoles, les médecins de famille et nos collègues de la pédopsychiatrie, consacrent jusqu'à 70 p. 100 du temps à vérifier, à détecter et à traiter avec succès ces états et certains des troubles qui nous inquiètent. Faute de soutien, ces approches sont vouées à l'échec.

La société a répondu au rapport du comité, et j'aimerais développer certains aspects de notre réponse. Il est positif de reconnaître que les enfants et les adolescents qui ont des troubles de santé mentale sont en fait « doublement orphelins ». Il faut maintenant passer à l'étape suivante et reconnaître que la majorité des troubles de santé mentale des adolescents — la dépression, l'anxiété, les troubles déficitaires de l'attention, les difficultés d'apprentissage — sont d'origine génétique, qu'ils commencent dans l'enfance et qu'ils ne finissent pas par disparaître. Nous devrions concentrer le dépistage et le traitement des jeunes. Les maladies des enfants et des adolescents doivent être comprises à titre de précurseurs des troubles des adultes et non pas en eux-mêmes, comme des orphelins. Cela devrait, de fait, constituer une priorité.

Il est positif de reconnaître qu'il faut offrir les services en milieu scolaire. L'étape suivante consiste à reconnaître qu'il existe maintenant des outils peu coûteux, faciles à utiliser et déjà validés pour dépister nombre de ces troubles chez les enfants. Ces outils doivent être utilisés auprès d'une population à haut risque, qu'il est possible de définir dans le système scolaire.

Qui compose cette population? Ce sont les enfants souvent absents, ceux qui échouent ou qui décrochent. Il faut les repérer et vérifier automatiquement leur état de santé mentale. Il n'est pas nécessaire d'attendre qu'ils soient en prison pour les tester et constater, comme cela s'est fait aux États-Unis, que près de 80 p. 100 des détenus sont atteints d'une maladie qui aurait pu être diagnostiquée.

Il est impérieux que les médecins de famille apprennent à repérer et à faire tester tous les enfants de parents qui souffrent de tels troubles. Les ministères de l'Éducation doivent contribuer aux stratégies provinciales en matière de santé mentale. Il nous faut reconnaître que les services doivent être communautaires; les traitements doivent être offerts dans la collectivité, souvent par des spécialistes, dont d'ailleurs un bon nombre sont déjà installés et pourraient, avec un soutien éducatif et une rémunération adéquate, s'attaquer à ces problèmes.

Dans le contexte actuel, on ne reconnaît pas la présence de professionnels qui luttent déjà efficacement contre ces troubles. L'accès est donc inéquitable dans la collectivité.

We have to recognize that many of the experts and known successful treatments are currently available only to those who can pay. Those experts based in hospitals or clinics often have waiting lists over a year long. That, in fact, is the current wait list for OHIP-covered anxiety treatment at the Hospital for Sick Children.

New funding for regulated health professionals willing to work with these children and their families needs to be made available. The shortage of pediatricians initiating and following medical treatment, as well as other treatments of mild to moderate cases, and the extreme shortage of child and adolescent psychiatrists to help with the most difficult cases, especially in rural areas, also makes accessibility anything but equitable.

We need to recognize, as you did in your report, that an adolescent suicide crisis exists today in Canada. As well, we have to recognize that diagnosing adolescent depression, which is the foremost precursor of adolescent suicide, is possible today, and medical and psychotherapeutic treatments are known to be effective in up to 60 per cent of cases. A study produced in the United States was concurrent with their statistics showing suicide rates in the United States have dramatically dropped with some of these therapies.

Therefore, as noted in the reports, Canada needs a national strategy to address mental health issues. We must recognize how much public support there is for national action in this area, especially if it aims at helping our young. Huge numbers of families affected by mental health issues feel isolated and desperate, and with lack of screening and diagnosis, parents often think they are failing. Most families with adults with these disorders realize that their loved ones have been ill since childhood and wish they had known what was going on.

We recommend a national institute of mental health. We need that institute to conduct a high-profile public education campaign. We need to coordinate and support initiatives that are currently under way, eliminating duplication or, worse, the neglect of successful programs. We need to oversee funding into research on new therapies and innovative ways to collaborate with our child and adolescent psychiatric colleagues and institute special educational grants to increase the number of professionals doing this work.

This institute needs to support pharmacological research in children and youth in this area. Lack of drug testing in pediatrics makes these patients the orphan's orphan, so federal drug regulators must be included. We need the institute to coordinate the organized sharing of programs that are working across the country through regular meetings and to disseminate this information and new research through supported publications. Such a plan could facilitate the sharing of information on these

Il nous faut reconnaître qu'actuellement, nombre de spécialistes et de traitements sont disponibles seulement pour ceux qui ont les moyens de payer. Les listes d'attente pour consulter ces spécialistes qui travaillent dans les hôpitaux ou les cliniques ont souvent plus d'un an. C'est la durée de l'attente pour le traitement de l'anxiété couvert par la RAMO à l'hôpital pour enfants à Toronto.

Il faut débloquer de nouveaux fonds pour réglementer les professionnels de la santé qui sont prêts à travailler auprès de ces enfants et de leurs familles. La pénurie de pédiatres qui prescrivent et supervisent les traitements médicaux et d'autres traitements pour les cas légers ou moyens, et l'extrême pénurie de pédopsychiatres et de psychiatres pour adolescents qui pourraient intervenir dans les cas les plus difficiles, en particulier en région rurale, ajoute à l'inégalité de l'accès aux soins.

Il nous faut reconnaître, comme vous l'avez fait dans votre rapport, qu'il y a actuellement une épidémie de suicide chez les adolescents au Canada. En outre, nous devons reconnaître qu'il est possible, aujourd'hui, de diagnostiquer la dépression chez les adolescents. La dépression est le principal précurseur du suicide dans ce groupe d'âge, et il existe des traitements psychothérapeutiques qui sont efficaces dans 60 p. 100 des cas. Une étude réalisée aux États-Unis a confirmé les statistiques américaines montrant que les taux de suicide dans ce pays ont radicalement diminué grâce à certaines de ces thérapies.

Par conséquent, comme le signalent les rapports, le Canada a besoin d'une stratégie nationale pour s'attaquer aux questions de santé mentale. Nous devons reconnaître que la population est dans une large mesure en faveur d'une intervention nationale dans ce secteur, en particulier s'il s'agit d'aider nos jeunes. Un très grand nombre de familles touchées par la maladie mentale vivent dans l'isolement et le désespoir, et faute de tests et de diagnostics, les parents ont souvent l'impression que ce sont eux qui ont échoué. La plupart des familles où des adultes sont atteints de ces maladies se rendent compte que ceux qu'elles aiment sont malades depuis l'enfance et elles auraient bien voulu être informées de ce qui se passait.

Nous recommandons la création d'un institut national de la santé mentale. Il nous faut cet institut pour mener une campagne d'éducation publique de grande visibilité. Il nous faut coordonner et appuyer des initiatives en cours, éliminer le double emploi ou, pire encore, la sous-utilisation de programmes efficaces. Nous devons superviser le financement accordé à la recherche sur les nouvelles thérapies et les méthodes innovatrices de collaboration avec les psychiatres de l'enfance et de l'adolescence, il nous faut instituer des bourses d'études spéciales pour accroître les effectifs professionnels dans ce domaine.

Cet institut devra appuyer la recherche pharmacologique dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence. Faute de médicaments testés en pédiatrie, ces patients sont doublement orphelins, et les organismes fédéraux de réglementation des médicaments doivent être inclus. Nous avons besoin de cet institut pour coordonner la mise en commun, dans le cadre de rencontres régulières, de programmes qui sont efficaces dans l'ensemble du pays et pour diffuser cette information et les résultats de la recherche dans les

conditions in a timely way to help to avoid the recent fiascos of recalling or black-boxing medications without warning to front-line workers, so patients simply stop their medications without notice.

The committee needs to understand that failure to address problems of mental health disorders at the beginning, before years of isolation, failure and social dysfunction, leads to self-medication with drugs and alcohol, bullying behaviours, low self-esteem, other antisocial behaviour and, all too often, unfortunately, suicide. As well, we need to educate and remunerate professionals so that they can work effectively in this area and to ensure that they are accessible to all. We need to remember that there are many people working in this area who are experts in the field, but because of lack of organization and communication, they are not working to their fullest potential.

Dr. Albert Schumacher, President, Canadian Medical Association: Honourable senators, the Canadian Medical Association is pleased to appear before this committee once again and highlight the critical need to address mental health issues, mental illness and addiction in this country. As you are aware from our previous appearance, we made a series of recommendations to the federal government and we stand by those today. Since then, your committee has released its report on mental health, mental illness and addiction programs and policies in the country and the associated issues in the Options paper, which is comprehensive and a thorough study of both the programs and the services. Your report contains the scope and breadth of all the concerns related to mental health and mental illness.

In that context, the CMA is focusing on the role of the federal government in the areas of leadership, accessibility, accountability and availability. As we move forward, we believe that an unprecedented level of federal leadership and intergovernmental collaboration is necessary to address the epidemic of mental health problems and addictions in this country. A first step to achieving this would be to create an adequate resource, a centre for mental health within Health Canada led by an associate deputy minister. This ADM would initiate and coordinate activity across all federal departments to address federal government responsibilities to specific populations under its direct jurisdiction. That would include federal employees, Aboriginals and veterans.

The ADM would also oversee pan-Canadian policies and programs that impact on mental health, mental illness and addiction and that support the intergovernmental collaboration. This would accomplish two objectives: It would send the message that the federal government seriously intends to address the historical imbalance in the treatment of mental health and illness care and would ensure that mental health, mental illness and addiction are not seen as separate from the health care system but as a component of acute care, chronic care and public health

publications parrainées. Un tel plan pourrait faciliter la mise en commun opportune de l'information sur ces troubles, pour éviter des fiascos comme ceux qui ont récemment mené au rappel ou à la ségrégation de certains médicaments sans un avis préalable aux travailleurs de première ligne, de telle sorte que les patients ont abruptement cessé de prendre leurs médicaments.

Le comité doit être conscient qu'il faut s'attaquer aux problèmes de santé mentale dès le départ, avant que des années d'isolement, d'échec et de dysfonctionnement social ne mènent à l'automédication par les drogues et l'alcool, à des comportements abusifs, à une perte d'estime de soi, à d'autres comportements antisociaux et, malheureusement trop souvent, au suicide. En outre, il nous faut éduquer et rémunérer les professionnels pour qu'ils puissent travailler efficacement dans ce domaine et que leurs soins soient accessibles à tous. N'oublions qu'il y a de nombreux spécialistes dans ce domaine, mais que faute d'organisation et de communication, ils ne peuvent pas donner leur pleine mesure.

Le docteur Albert Schumacher, président, Association médicale canadienne : Honorables sénateurs, l'Association médicale canadienne est heureuse de témoigner à nouveau devant vous aujourd'hui, pour faire valoir la pressante nécessité de s'attaquer aux questions de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie dans notre pays. Comme nous vous l'avons dit lors de notre comparution précédente, nous avons adressé une série de recommandations au gouvernement fédéral et nous les réitérons aujourd'hui. Depuis notre dernière comparution, votre comité a publié son rapport sur la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie, il a étudié les programmes et les politiques qui s'y rapportent au pays et les questions connexes dans le document résumant les options. Il s'agit d'une étude complète et approfondie des programmes et des services. Votre rapport définit la portée et la profondeur de toutes les préoccupations liées à la santé mentale et à la maladie mentale.

Dans ce contexte, l'AMC se concentre sur le rôle du gouvernement fédéral en matière de leadership, d'accessibilité, de responsabilisation et de disponibilité. Pour aller de l'avant, nous croyons qu'il faut pouvoir compter sur un leadership fédéral et une collaboration intergouvernementale sans précédents afin d'enrayer l'épidémie de problèmes de santé mentale et de toxicomanie qui sévit dans notre pays. Un premier pas en ce sens pourrait être de créer une ressource adéquate, un centre de la santé mentale confié, au sein de Santé Canada, à un sous-ministre délégué. Ce sous-ministre lancerait et coordonnerait des activités dans l'ensemble des ministères fédéraux pour s'acquitter des responsabilités fédérales à l'égard de populations précises relevant de sa compétence immédiate, notamment les employés fédéraux, les Autochtones et les anciens combattants.

Le sous-ministre délégué superviserait aussi les politiques et les programmes pancanadiens qui touchent la santé mentale, la maladie mentale et les toxicomanies et qui appuient la collaboration intergouvernementale. Le gouvernement fédéral réaliserait ainsi deux objectifs : il indiquerait sans ambiguïté sa ferme intention de s'attaquer au déséquilibre historique en matière de traitement des maladies mentales et il veillerait à ce que la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie ne soient pas perçues comme en marge du système de soins de santé,

services. In terms of equitable availability, the federal, provincial and territorial governments must take a holistic approach, recognizing the interplay of health services, education, housing, income, community and the justice system in mental health and mental health care. The recent \$3.2-million major health research initiative aimed at improving mental health in the workplace announced recently by the Minister of Health, and the appointment of the Hon. Michael Wilson as special adviser, is a demonstration of the leadership required.

Let us talk about accessibility, which is the number one concern of patients and their families about the health care system. This is particularly true for access to mental health and addiction services and programs. The CMA has long identified accessibility as an essential issue that must be addressed in order to improve the health care system. In the National Physician Survey released in 2004, we found that 65 per cent of physicians rated access to psychiatrists as fair or poor on a national basis. However, it must be recognized that it is not only an issue of accessibility but also one of availability. Many important mental health and addiction services cannot be accessed by patients because the services are simply not available. In my hometown of Windsor, Ontario, the reorganization of health care services has resulted in a decrease in the number of acute and long-term psychiatric beds. While the population base in Essex County requires 35 psychiatrists, we have only 12. We borrow two pediatric psychiatrists for a few days each month because we do not have our own in town, let alone the five that we actually need. Our children wait up to one year for care from the local youth services program. I know that you will agree with me that this is not acceptable.

In September 2004, the CMA released a national plan of action to address the issues of accessibility, availability and sustainability across the entire health care system. This plan for better access and better health includes recommendations such as establishing pan-Canadian wait-time benchmarks, a health human resource reinvestment fund, expansion of the continuum of care and an increase in the federal core funding commitments, all of which would have a positive impact on the access to mental health and addiction services. As noted in this report, availability is first and foremost about the people who provide quality care and the tools and the infrastructure that they need to do so.

Mental health and illness depend upon integrated and interdisciplinary care from a variety of health care providers. The shortage of family physicians, specialists, nurses, psychologists and other professionals in the public health

mais plutôt comme un élément des services de soins actifs, de soins aux malades chroniques et de santé publique. Pour ce qui est de l'équité de l'accès, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent adopter une approche globale, reconnaître que les services de santé, l'éducation, le logement, le revenu, la collectivité et le système de justice ont tous un rôle à jouer en matière de santé mentale et de soins de santé mentale. La récente initiative de recherche en santé, dotée d'un budget de 3,2 millions de dollars et qui visait à améliorer la santé mentale en milieu de travail, comme l'a annoncé le ministre de la Santé, ainsi que la nomination de l'honorable Michael Wilson à titre de conseiller spécial sont une manifestation du leadership requis.

Parlons maintenant d'accessibilité. C'est la principale préoccupation des patients et de leurs familles relativement au système de soins de santé, en particulier en ce qui concerne l'accès aux services et aux programmes de santé mentale et de traitement des toxicomanies. L'AMC affirme depuis longtemps que l'accessibilité est une question vitale qu'il faut régler pour améliorer le système de soins de santé. L'enquête nationale réalisée auprès des médecins et dont les résultats ont été publiés en 2004 a révélé que 65 p. 100 des médecins accordaient à l'accès aux psychiatres une cote entre passable et mauvais à l'échelle nationale. Toutefois, il faut reconnaître que le problème ne tient pas seulement à l'accessibilité, mais aussi à la disponibilité. Il est impossible d'offrir de nombreux services importants en matière de santé mentale et de traitement de toxicomanie parce qu'ils ne sont tout simplement pas disponibles. Chez moi, à Windsor, en Ontario, la restructuration des services de santé a entraîné une diminution du nombre de lits réservés aux soins psychiatriques actifs et à long terme. Compte tenu de la population du comté d'Essex, il nous faudrait 35 psychiatres, mais nous n'en avons que 12. Nous empruntons deux pédopsychiatres quelques jours par mois, parce que nous n'en avons pas sur place, alors que nous devrions en compter cinq. Nos enfants attendent jusqu'à un an pour recevoir des soins dans un programme local de services à la jeunesse. Je sais que vous êtes de mon avis, cette situation n'est pas acceptable.

En septembre 2004, l'AMC a publié un plan d'action national pour régler les questions d'accessibilité, de disponibilité et de viabilité dans l'ensemble du système de soins de santé. Ce plan en vue d'améliorer l'accès aux soins et de favoriser la santé comprend des recommandations tels l'établissement de normes pancanadiennes visant les délais d'attente, la création d'un fonds de réinvestissement dans les ressources humaines du secteur de la santé, l'élargissement de la gamme des soins et un renforcement des engagements fédéraux en matière de financement de base. Toutes ces mesures auraient un effet positif sur l'accessibilité des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie. Comme nous l'avons signalé dans ce rapport, la disponibilité se rapporte d'abord et avant tout aux personnes qui assurent des soins de qualité ainsi qu'aux outils et à l'infrastructure dont elles ont besoin pour le faire.

La santé mentale et la maladie mentale font appel à des soins intégrés et interdisciplinaires assurés par tout un éventail de fournisseurs de soins de santé. La pénurie de médecins de famille, de spécialistes, d'infirmières, de psychologues et d'autres

system impacts our ability to deliver the care and the services. Therefore, in terms of addressing accessibility and availability, the CMA believes priority has to be given to the establishment of a national health human resource strategy to find a solution to the chronic shortage of health professionals.

I will touch on accountability. Since 2000, the first ministers and their governments have committed to reporting on numerous comparable indicators on health status, health outcomes and quality of services. Unfortunately, mental illness, despite a critical need, has received little attention in all of these reports. Of the 70 indicators that have been developed, only two directly address mental illness.

Those are potential years of life lost due to suicide and the prevalence of depression.

Also, no performance indicators related to mental health outcomes or wait times for mental health services have been included. This is yet another example of how mental illnesses and related issues are overlooked and a vicious cycle is created, since the lack of indicators makes it harder to present the case for greater attention.

Therefore, the CMA strongly supports setting national standards and targets on both resourcing and availability of mental health services and addiction treatments. The objective of these targets is to reduce the burden of mental illness, but it has to be understood that the standards and targets cannot be established until we have a clear and accurate picture of the current situation in the country. Pan-Canadian research is needed to determine the gaps in the availability of services and the wait time for accessing services across the country.

In conclusion, the Canadian Medical Association believes that in terms of the federal role in enhancing the delivery of mental health services in Canada, priority should be given to, first, establishing a strong federal office for mental health, mental illness and addiction to coordinate and collaborate on issues of accessibility and availability; second, the federal government, working with the provinces and territories, needs to develop a health human resource strategy for the field of mental health, mental illness and addiction; and third, create standards and targets to enhance the mental health system and make it more accountable to patients and the public.

In short, we need to do for mental health what we have done for public health. While SARS was the wake-up call that precipitated action in public health, the need for urgent action in mental health is no less. As a final point, I want to again stress the need for an effective, national public awareness strategy to reduce the stigma associated with mental illness and addictions in Canadian society. Until we address that stigma, too many

professionnels dans le système de santé public se répercute sur notre capacité d'offrir des soins et des services. En conséquence, pour accroître l'accessibilité et la disponibilité, l'AMC croit qu'il faut accorder la priorité à l'établissement d'une stratégie nationale de ressources humaines dans le secteur de la santé, pour trouver des solutions à la pénurie chronique de professionnels de la santé.

Je veux parler aussi de responsabilisation. Depuis 2000, les premiers ministres provinciaux et leurs gouvernements se sont engagés à présenter des rapports sur divers indicateurs comparables concernant l'état de santé, les résultats et la qualité des services. Malheureusement, la maladie mentale, malgré un besoin criant, fait figure de parent pauvre dans tous ces rapports. Parmi les 70 indicateurs mis au point, seulement deux ont directement trait à la maladie mentale.

Il s'agit d'une part des années de vie peut-être perdues en raison du suicide et d'autre part de la prévalence de la dépression.

En outre, il n'y a aucun indicateur de rendement se rapportant aux délais d'attente dans le secteur de la maladie mentale. Voilà un autre exemple de la négligence dont sont victimes la maladie mentale et les questions connexes. Cela crée un cercle vicieux, car en l'absence d'indicateurs il est difficile de démontrer qu'il faut accorder plus d'attention au problème.

En conséquence, l'AMC appuie énergiquement l'adoption de normes et de cibles nationales pour allouer des ressources aux services de santé mentale et au traitement de la toxicomanie afin d'en améliorer la disponibilité. Ces cibles ont pour but de soulager le fardeau de la maladie mentale, mais il est bien entendu qu'aucune norme ni cible ne peut être établie tant que nous n'aurons pas une idée nette de la situation actuelle au pays. Il faut réaliser des études pancanadiennes pour déterminer les carences en matière de disponibilité des services et les délais d'attente dans l'ensemble du pays.

Pour terminer, l'Association médicale canadienne croit que pour s'acquitter de son rôle en matière d'amélioration des services de santé mentale au Canada le gouvernement fédéral doit accorder la priorité à l'établissement d'un centre fédéral de la santé mentale, des maladies mentales et de la toxicomanie, qui sera chargé de coordonner et de promouvoir la collaboration dans des dossiers comme l'accessibilité et la disponibilité; deuxièmement, le gouvernement fédéral, de concert avec les provinces et les territoires, doit mettre au point une stratégie des ressources humaines dans le domaine de la santé mentale, de la maladie mentale et de la toxicomanie; troisièmement, il faut définir des normes et des cibles pour améliorer le système de santé mentale et le responsabiliser à l'égard des patients et de la population.

Bref, il nous faut faire pour la santé mentale ce que nous avons fait pour la santé publique. La crise du SRAS a sonné l'alarme dans le domaine de la santé publique, mais la nécessité d'une intervention urgente dans le domaine de la santé mentale est tout aussi pressante. Finalement, je tiens à souligner à nouveau qu'il faut adopter une stratégie nationale efficace pour sensibiliser la population et ainsi réduire la honte liée à la maladie mentale et

Canadians will not seek the care they need. Those who do will continue to experience societal ignorance and prejudice.

Dr. Blake Woodside, President, Canadian Psychiatric Association: Mr. Chair and senators, I am a psychiatrist. I am chairman of the board of the Canadian Psychiatric Association. The CPA represents the approximately 4,000 psychiatrists who practice in Canada. Psychiatrists are medical doctors who then receive additional training in the field of psychiatry and whose practice involves caring for those with mental illness.

It is a pleasure to have another opportunity to address the committee as it continues its important work in the area of mental health in Canada. The Canadian Psychiatric Association has valued and continues to value the opportunity to participate in this process. The association, as do the others, wishes to commend the committee for the leadership role it has taken. The preliminary report is a comprehensive document and clearly sets us on a specific road for a specific journey. I will come back to that. From our perspective, we are already seeing signs that the work of the committee is starting to have an effect. There appears to be an enhanced awareness of the importance of mental health as a national policy issue, an awareness that has spread all the way to the federal minister, who has been very open recently to identifying the mental health of Canadians as an important national priority.

I am also pleased to see that the medical community is coming together in a more focused manner in our various roles in improving the quality of mental health care for Canadians. If the committee achieved nothing else, that would be significant. Trying to get physicians organized is like herding cats. You have done a good job in that regard.

I have with me copies of a more detailed list of our recommendations for the committee. For the purposes of this short presentation, I would like to focus on a subset of these recommendations. I do not want to repeat what the other speakers have said. I will group these recommendations along a theme. The recommendations all focus on the role of the federal government in the ongoing development of the mental health systems.

In your preliminary report, it struck all of us at the CPA that you were calling for Canadians to embark on a journey to create a new system of care for those with mental illness in this country. I thought that, in commenting on our recommendations, I would create that metaphor, if you like, and frame them in terms of how you actually get from A to B.

The first thing that occurs to us is that if you are planning to take a journey, it is probably helpful to know where you want to get to. In terms of where you want to get to, the federal government has an important role in policy development. The federal government's role in policy development needs to be

aux toxicomanies dans la société canadienne. Tant que nous n'aurons pas réglé cette question, trop de Canadiens n'oseront pas solliciter les soins dont ils ont besoin. Ceux qui le font continueront de se heurter à l'ignorance et aux préjugés de la société.

Le docteur Blake Woodside, président, Association des psychiatres du Canada : Monsieur le président, mesdames et messieurs les sénateurs, je suis psychiatre. Je préside le conseil de l'Association des psychiatres du Canada. L'APC représente les quelque 4 000 psychiatres qui exercent au Canada. Les psychiatres sont des médecins qui se sont astreints à une formation supplémentaire en psychiatrie et dont la tâche consiste à aider les personnes atteintes de maladies mentales.

Je suis heureux de pouvoir à nouveau m'adresser au comité alors qu'il poursuit son important travail dans le domaine de la santé mentale au Canada. L'Association des psychiatres du Canada est reconnaissante de l'occasion qui lui a été donnée et qui lui est à nouveau offerte de participer à ce processus. Notre association, comme les autres, tient à féliciter le comité du leadership dont il fait preuve. Son rapport préliminaire est un document complet qui trace clairement la voie à suivre pour parvenir au but. J'y reviendrai. Nous croyons déjà percevoir des signes que les travaux du comité commencent à porter fruit. La santé mentale en tant que question stratégique nationale semble avoir pris de l'importance, et cette sensibilisation a atteint jusqu'au ministre fédéral, qui a très ouvertement indiqué récemment que la santé mentale des Canadiens constituait une priorité nationale.

Je suis en outre heureux de constater que la collectivité médicale combine mieux ses divers rôles pour améliorer la qualité des soins de santé mentale offerts aux Canadiens. Si le comité n'obtenait que ce résultat, cela serait déjà très significatif. Il est difficile de mobiliser les médecins qui tiennent beaucoup à leur libre arbitre. Vous avez fait du bon travail à cet égard.

J'ai apporté des exemplaires d'une liste plus détaillée de nos recommandations. Aux fins de cette courte présentation, je me contenterai d'aborder un sous-ensemble de nos recommandations. Je ne veux pas répéter ce que d'autres intervenants ont dit avant moi. Je vais regrouper mes recommandations en fonction d'un thème, celui du rôle du gouvernement fédéral dans l'amélioration en cours des systèmes de santé mentale.

À la lecture de votre rapport préliminaire, tous les membres de l'APC ont conclu que vous recommandiez aux Canadiens de s'engager dans une entreprise visant à créer un nouveau système de soins pour les personnes atteintes de maladie mentale dans notre pays. J'ai pensé que pour commenter nos recommandations je pourrais utiliser une métaphore, si vous me le permettez, celle d'une signalisation qui vous aide à vous rendre du point A au point B.

Ce qui nous vient d'abord à l'esprit, c'est que si nous nous apprêtons à partir en voyage il est bon de savoir où nous voulons aller. Dans votre cas, le gouvernement fédéral joue un rôle important dans l'élaboration des politiques. Le rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine doit être renforcé. Pour

strengthened. This would involve the government taking a much larger role in helping to focus national policy development in mental health and to facilitate the development of national standards for the reduction of mortality and morbidity caused by mental health problems.

Dr. Schumacher has commented on issues like setting standards for wait times. In my own practice, I run a treatment program for the most severely ill people with anorexia nervosa. When I left the office this morning at about 10:30, there were 25 people on that waiting list. I will admit the twenty-fifth person in about September. That person weighs 72 pounds. When I presented to this committee last March, I had 30 people on my waiting list. In April, we closed my waiting list. That meant that we refused to see new patients. We are the sole service provider for all of Ontario except for Ottawa. When we got a referral for somebody who weighed 60 pounds, we told them we could not even see them in consultation. We cleared the waiting list. It took till the end of August. We opened it up again, and here we were six months later with almost the same waiting list as we had this time last year, and I anticipate closing the waiting list again by the end of April or the middle of May.

Over the last 12 months, the Government of Ontario has spent \$4.5 million to send 33 people to the United States to receive treatment for anorexia nervosa. I am very glad those people got treatment. Many of them were on my waiting list. Over the last year, I treated 45 people with anorexia nervosa for \$900,000. The government paid five times the cost for 33 patients. That is the chaos that exists in this country in the mental health system. You have documented that beautifully. I do not have to tell you that. I know that is preaching to the converted.

We recommend the creation of a mental health and services division as a policy arm within Health Canada to focus on these policy issues. The role of this division would be to try to achieve the goals that I set out above on helping to focus a national policy discussion around mental health. That is separate from the mental health agency that the CMA is recommending, which we support as well.

If I continue on the journey theme, even if you decide where you want to go, if you do not know where you are starting from, it is hard to get there. There is an acute need for increased surveillance in the area of mental health. The most pressing needs, in our opinion, fall into three areas. The first is prevalence. We need to know more about who is ill and with what. The Canadian Community Health Study was a wonderful start, but it is only a start. The second is access to services. Who is getting what? What are the patterns of access? We still do not know enough about that. The third is the status of the human capital in mental health. In mental health, our most treasured resources are human resources, the people who provide care one on one to those with mental illness. We do not have big machines or fancy

ce faire, il devra s'engager beaucoup plus à fond pour déterminer l'orientation d'une politique nationale en matière de santé mentale et pour faciliter la définition de normes nationales en vue de réduire la mortalité et la morbidité associées aux problèmes de santé mentale.

Le Dr Schumacher a commenté des aspects comme l'établissement de normes pour les délais d'attente. Dans mon cabinet, j'administre un programme de traitement pour les plus personnes les plus gravement atteintes d'anorexie mentale. Lorsque j'ai quitté le bureau, ce matin, vers 10 h 30, il y avait 25 personnes d'inscrites à ma liste d'attente. Je pourrai voir la 25^e personne vers le mois de septembre. Cette personne pèse 72 livres. Quand je me suis présenté devant le comité, en mars dernier, il y avait 30 personnes sur ma liste d'attente. En avril, nous avons cessé d'accepter de nouveaux noms sur cette liste d'attente. Cela signifie que nous avons refusé d'accueillir de nouveaux patients. Nous sommes les seuls fournisseurs de services pour tout l'Ontario, à l'exception d'Ottawa. Un médecin nous a adressé un patient qui pesait 60 livres, mais nous lui avons dit que nous ne pouvions pas lui offrir de consultation. Nous avons vidé notre liste d'attente. Il nous a fallu jusqu'à la fin d'août pour ce faire, puis nous avons rouvert la liste d'attente, et voilà que six mois plus tard, elle est aussi longue que celle de l'an dernier. Je pense que nous devons la fermer d'ici la fin d'avril ou le milieu de mai.

Au cours des 12 derniers mois, le gouvernement de l'Ontario a dépensé 4,5 millions de dollars pour faire traiter aux États-Unis 33 personnes atteintes d'anorexie mentale. Je suis très heureux que ces personnes aient pu être traitées. Nombre d'entre elles figuraient sur ma liste d'attente. Au cours de la dernière année, j'ai traité 45 personnes atteintes d'anorexie mentale, et il en a coûté 900 000 \$. Le gouvernement a payé cinq fois plus pour 33 patients. Voilà le chaos qui règne dans notre pays en matière de santé mentale. Vous avez très bien documenté la situation. Je n'ai pas besoin de vous le dire. Je sais que je prêche à des convertis.

Nous recommandons la création d'une division de la santé mentale et des services de santé mentale comme élément stratégique à Santé Canada, pour s'attaquer aux questions de politique. Cette division s'efforcerait d'atteindre les buts que j'ai décrits précédemment pour orienter les discussions sur la politique nationale en matière de santé mentale. Cette organisation serait distincte de l'organisation de santé mentale que l'AMC recommande, et que nous appuyons aussi.

Je vais reprendre ma métaphore du voyage. Si vous savez où vous voulez aller mais que vous ignorez d'où vous partez, vous aurez de la difficulté à vous rendre à bon port. Il est urgent d'améliorer la surveillance dans le domaine de la santé mentale. Les besoins les plus pressants, à notre avis, touchent trois aspects. Le premier est la prévalence. Il nous faut en savoir plus sur l'identité des patients et les types de maux qui les affectent. L'étude sur la santé dans les collectivités canadiennes est très utile, mais ce n'est qu'un début. Le deuxième aspect est celui de l'accès aux services. Qui a droit à quoi? Quelles sont les modalités d'accès? Nous n'avons toujours pas suffisamment d'information à ce sujet. Le troisième aspect est celui du capital humain dans le secteur de la santé mentale. En santé mentale, nos ressources les

diagnostic tests. We have people talking to people. We need to be able to identify the human health resources required to meet the needs of the population. There has to be a population-needs-based assessment, and then we need to figure out how we will train those people to do the job they need to do.

We agree with the Canadian Medical Association that we should create a mental health centre. Where it is located exactly is a matter for discussion. The purpose of the mental health centre or the mental health agency is to coordinate these surveillance activities. We would suggest it be affiliated with a public health agency because the activities of such a centre would overlap with the activities of the public health agency.

The third point is that, when you are on a journey, sometimes you get lost, and you have to come up with some new ideas about how to get to where you want to be. We think innovation will be required as the country grapples with how to reorganize the mental health system. We will need constant innovation. We would most certainly recommend that targeted funding for the neurosciences and addiction institute be provided for research in the models of service delivery and knowledge transfer. It is not so much the generation of new scientific knowledge. That is important, and that is already funded. This is new funding to focus on research into how you deliver care to people who are mentally ill and how you translate new scientific knowledge into clinical advances.

The last comment about our journey is we would like to take the entire Canadian public with us. That speaks to the issues of stigma and discrimination and the need for increased public awareness. Frankly, we think the federal government's responsibility, or the way in which the federal government can provide leadership in that area, is to figure out how to coordinate and provide funding primarily for non-governmental organizations that represent families, affected individuals and so on, to increase public awareness around mental illness.

We think there should be some coordination, possibly through the mental health centre, of funding approaches among Health Canada, the public health agency and Social Development Canada.

Members of the committee, we have other recommendations that I will not take a lot of time to talk about now. I will be happy to take questions later. We are often asked, "Where would you start?" We would agree with our colleagues at the Canadian Paediatric Society that children are a good place to start. We have a long series of recommendations about health human resources in mental health, particularly as it relates to psychiatrists. At this point, I will stop and be happy to take questions from members of the committee.

plus précieuses sont les ressources humaines, les personnes qui dispensent directement les soins à ceux qui souffrent de maladie mentale. Nous n'utilisons pas de gros appareils ni de tests diagnostiques complexes. Nous faisons appel à des gens qui parlent avec les patients. Il nous faut pouvoir déterminer quelles ressources humaines nous permettront de répondre aux besoins de la population en matière de santé. Il nous faut évaluer les besoins de la population, puis déterminer comment nous pouvons former des personnes pour accomplir le travail.

Nous convenons avec l'Association médicale canadienne de la nécessité de créer un centre de santé mentale. Son emplacement exact reste à déterminer. Ce centre ou organisme de santé mentale aurait pour mandat de coordonner les activités de surveillance. À notre avis, le centre devrait être affilié à une organisation de santé publique, parce que ses activités recouperaient celles de l'organisation de santé publique.

Troisièmement, lorsqu'on voyage, on peut se perdre, et il faut alors retrouver son chemin. Nous croyons que la nation devra puiser dans ses réserves d'innovation pour déterminer comment il convient de réorganiser le système de santé mentale. Nous avons toujours besoin d'innovation. Nous aimerions certainement qu'un financement soit accordé à un institut des neurosciences et de la toxicomanie pour faciliter la recherche sur les modèles de prestation de services et le transfert des connaissances. Nous n'avons pas tellement besoin de stimuler la production de nouvelles connaissances scientifiques. Cette activité importante est déjà financée. Nous recommandons d'accorder un nouveau financement à la recherche sur la façon dont les soins sont dispensés aux patients atteints de maladie mentale et sur la façon dont les nouvelles connaissances scientifiques se traduisent en progrès cliniques.

Finalement, toujours au sujet de notre voyage, nous aimerions emmener toute la population du Canada. Je pense aux préjugés et à la discrimination, à la nécessité de sensibiliser la population. Franchement, nous pensons qu'il incombe au gouvernement fédéral d'assumer un leadership à cet égard et de déterminer comment coordonner et financer en particulier les organisations non gouvernementales qui représentent les familles, les personnes touchées, et cetera, pour sensibiliser la population aux questions de maladie mentale.

Nous croyons qu'il faudrait coordonner dans une certaine mesure, peut-être par l'entremise d'un centre des maladies mentales, les approches de financement de Santé Canada, de l'organisme de santé publique et de Développement social Canada.

Mesdames et messieurs les membres du comité, nous vous proposons d'autres recommandations mais je ne vais pas les développer longuement ici. Je serai heureux de répondre à vos questions. On nous demande souvent « Par où faut-il commencer? » Nous sommes d'accord avec nos collègues de la Société canadienne de pédiatrie, commençons par les enfants. Nous avons une longue liste de recommandations concernant les ressources humaines du secteur de la santé mentale, en particulier pour ce qui est des psychiatres. Pour l'instant, je termine ici mon exposé. Je répondrai avec plaisir à vos questions.

Audience Member: I am disabled and crippled. I cannot come next time because I am in too much pain when I sit here. Dr. Woodside, I will email you. I am a non-violent activist, and electroshock therapy is going to go in Canada because we have a steering committee and my freedoms are what are at stake. We will send emails to all the senators in the U.S. and also in Canada to stop this barbaric treatment called electroshock therapy. I am not a violent person, but as you know, I am an activist, I have integrity and I will always speak out for my peers who have been brain damaged by electroshock therapy. The truth does not come out from the APA or CPA.

I gave a presentation in 1993. The Canadian Psychological Association invited me with Dr. Brendan, an expert on electroshock and a psychiatrist in the States. He said electroshock always causes brain damage, and it does. You still continue to give electroshock therapy, and I have permanent memory loss, diagnosed in 1995. I had no memory loss before 1972. Electroshock is a crime against humanity.

I shall leave. I am sorry, all senators and people present, but I must speak the truth. Whether you put me on camera or not, I had to say this in front you. In the next few years, electroshock therapy is going to go. Go to B-R-E-G-G-I-N dot com, he has been speaking out for 30 years, a psychiatrist, and he is being listened to. That is all I will say. That is my integrity speaking to you, and I will not shut up for the truth.

The Chairman: Thank you.

Audience Member: Whether you shut me off CPAC, I do not care. You will hear my name, Sue Clark, psychiatric survivor and advocate who will stop electroshock therapy, because it is going to go. It brain damages people. Look on the Internet at B-R-E-G-G-I-N dot com. He has been speaking out for 30 years and psychiatrists like you do not tell the truth. It will be done. I am angry because it still continues. One in 200 people die from electroshock. You can go into a coma, and 14,000 electroshocks are done in Ontario, 100,000 in the U.S. yearly and 1 to 2 million worldwide.

The Chairman: Thank you, ma'am.

Audience Member: Dr. Woodside, shame on you for not stopping electroshock, shame on you.

The Chairman: Thank you, ma'am.

I wonder if I could ask each of the witnesses about a couple of items where I would like some more information.

Dr. Sacks, you suggested a national institute of mental health. I am not looking for an answer now; this is something you can send to us. Similar recommendations have come from many people. It is something that we obviously would like to think

Une voix : Je suis handicapé. Je ne pourrai pas venir à la prochaine séance parce que j'ai trop mal lorsque je reste longtemps assis. Dr Woodside, je vais communiquer avec vous par courriel. Je suis un activiste non violent. Les électrochocs doivent être bannis au Canada. Nous avons un comité directeur, et ce sont mes libertés qui sont en jeu. Nous allons envoyer des courriels à tous les sénateurs aux États-Unis et au Canada, pour mettre un terme à ce traitement barbare que l'on appelle les électrochocs. Je ne suis pas une personne violente, mais comme vous le savez je suis un activiste, j'ai mon intégrité et je me porterai toujours à la défense de mes semblables qui souffrent de lésions cérébrales à la suite de traitements aux électrochocs. Ni l'APA ni l'APC ne nous disent la vérité.

J'ai fait un exposé en 1993. L'Association des psychiatres du Canada m'avait invité avec le Dr Brendan, un psychiatre américain spécialiste des électrochocs. Il a dit que les électrochocs entraînent toujours des lésions cérébrales, et c'est vrai. Vous continuez à prescrire ce traitement, et je souffre d'une perte de mémoire permanente, diagnostiquée en 1995. Je ne me souviens de rien de ce qui s'est passé avant 1972. Les électrochocs constituent un crime contre l'humanité.

Je m'en vais maintenant. Je suis désolé, je m'excuse auprès de tous les sénateurs et de toutes les personnes présentes, mais je dois dire la vérité. Que mon intervention passe à la télévision ou pas, je devais le dire devant vous. D'ici quelques années, il n'y aura plus d'électrochocs. Allez sur le site B-R-E-G-G-I-N point com. Il y a un psychiatre qui dit la vérité depuis 30 ans, et on l'écoute. Je n'en dirai pas plus. Je vous parle avec toute mon intégrité, et je ne peux pas taire la vérité.

Le président : Merci.

Une autre voix : Que je passe ou non à la télévision au réseau CPAC, je m'en fiche. Vous saurez mon nom, je m'appelle Sue Clark, je suis une survivante des soins psychiatriques et je milite pour faire interdire les électrochocs, parce qu'il faut que cela cesse. C'est une technique qui crée des lésions au cerveau. Consultez l'Internet, visitez le site B-R-E-G-G-I-N point com. Ce psychiatre proclame la vérité depuis 30 ans, et des psychiatres comme vous ne disent pas la vérité. Nous arriverons à nos fins. Je suis en colère parce que rien ne se fait. Une personne sur 200 meurt à la suite de traitements aux électrochocs. Vous pouvez sombrer dans un coma, et 14 000 séances d'électrochocs sont prescrites chaque année en Ontario, 100 000 aux États-Unis, et de un à deux millions dans le monde.

Le président : Merci, madame.

Une autre voix : Docteur Woodside, vous devriez avoir honte de ne pas avoir mis fin aux électrochocs, c'est une honte.

Le président : Merci, madame.

J'aimerais demander à chacun de nos témoins de nous fournir un supplément d'information sur deux ou trois points.

Docteure Sacks, vous avez parlé d'un institut national de la santé mentale. Je ne vous demande pas de réponse immédiate; vous pouvez nous répondre par écrit. De nombreuses personnes nous ont soumis des recommandations similaires. C'est une idée à

about. To the extent that you can flesh it out and tells us specifically what you would see as its mandate, it would be very helpful.

Secondly, these ideas have been floated elsewhere, and we need all the additional details you can give us. On the issue of national screening programs or developing screening tools for children, particularly for use in schools, we would love to know if anything like that exists. I happen to know of one pilot project in one school in Kingston. If there have been any pilot projects on which we could get the information, it would be helpful.

The third issue that other witnesses have raised with us deals with the way schools are handling children with ADD or ADHD where you have a child in a class of, say, 35, particularly in elementary school, who is disruptive. The evidence is anecdotal, but it seems to suggest that the standard response to that problem is to give the child Ritalin. It does not necessarily treat the child, it treats the symptoms, and that in turn solves the teacher's problem and the other students' problem, but does not deal with the issue.

Again, you may want to comment on that after the question period, but I would love to know the extent to which that anecdotal evidence that several people have commented on is real, or is it just that we happened to run into some people where that was the case in classes that their students are in?

Dr. Schumacher, on your proposal for a national centre for mental health, to the extent that you can flesh out the details, not necessarily today, it would be helpful to us. You might comment on the issue because we have heard some people say it should be in Health Canada and other people say it should be in the public health agency. Dr. Woodside suggested a public health agency. The CMA may very well say that is an organizational issue for the federal government. I would love to know on which side of that you would come down.

Dr. Woodside, the statistics that you gave us about your own practice are just staggering. We know this intellectually, but it is quite different when an individual tells us that he has had to close his practice. It is one thing to be told that the HR situation is desperate, but when it is put to you in terms of the kind of numbers you gave, it is just staggering. I thank you for that example. You pointed out in your written document that the society is preparing a much more detailed response. We look forward to that. I thank all of you for your presentations.

Senator Keon: We thank all three of you for coming here. There is no debate about the magnitude of the problem, and there certainly is no debate about the need for a solution. It seems to be some way off. Certainly we need a mental health strategy like other developed countries have. Perhaps rolling out of that are

laquelle, de toute évidence, nous voudrions pouvoir réfléchir. Dans la mesure où vous l'avez développée, vous pouvez nous dire spécifiquement ce que le mandat devrait être à votre avis. Cela nous serait très utile.

Deuxièmement, ces idées circulent ailleurs, et nous aurons besoin de tous les détails supplémentaires que vous pourrez nous fournir. Au sujet des programmes de dépistage national ou de la mise au point d'outils de dépistage pour les enfants, en particulier les outils qui peuvent être utilisés en milieu scolaire, nous aimerions savoir s'il existe quelque chose. Je sais par hasard qu'il existe un projet pilote dans une école à Kingston. Si d'autres projets ont été réalisés, nous aimerions que cette information nous soit transmise.

Le troisième point, soulevé par les autres témoins, porte sur le traitement que les écoles réservent aux enfants qui souffrent de troubles déficitaires de l'attention ou d'hyperactivité avec déficit de l'attention, lorsque ces enfants sont placés dans une classe de 35 élèves, par exemple, surtout au niveau élémentaire, et perturbent l'enseignement. Les données sont anecdotiques, mais il semble que la réponse standard à ce problème soit de prescrire à l'enfant du Ritalin. Ce médicament ne traite pas l'enfant, il traite le symptôme, et cela règle le problème de l'enseignant et des autres élèves, mais certainement pas celui de l'enfant.

Là encore, vous voudrez peut-être faire des commentaires à ce sujet après la période de questions, mais j'aimerais savoir dans quelle mesure les données anecdotiques que plusieurs personnes nous ont fournies sont réelles. Est-ce possible qu'il s'agisse simplement d'un hasard, parce que nous rencontrons des personnes qui ont connu ce problème?

Docteur Schumacher, vous proposez la création d'un centre national de la santé mentale. Nous aimerions que vous étoffiez un peu votre proposition, pas nécessairement aujourd'hui, mais plus tard, vos commentaires nous seraient utiles. Certaines personnes ont affirmé que ce centre devrait relever de Santé Canada et d'autres, qu'il faudrait en faire un organisme de santé publique. Le Dr Woodside a proposé un organisme de santé publique. L'AMC peut très bien dire qu'il s'agit d'une question d'organisation qui relève du gouvernement fédéral. J'aimerais savoir laquelle de ces options vous préconisez.

Docteur Woodside, les statistiques que vous nous avez fournies au sujet de votre propre pratique sont renversantes. Nous connaissons la situation, sur le plan intellectuel, mais c'est autre chose lorsque quelqu'un nous fournit des renseignements directement tirés de son exercice de la profession. On nous a souvent dit que la situation des ressources humaines était désespérée, mais cette réalité exprimée dans les termes que vous avez choisis est tout simplement renversante. Je vous remercie de cet exemple. Vous avez signalé dans votre mémoire que la société préparait une réponse beaucoup plus détaillée. Nous l'attendrons avec impatience. Je vous remercie tous d'être venus.

Le sénateur Keon : Nous vous remercions tous les trois de votre présence aujourd'hui. Personne ne conteste l'ampleur du problème, personne ne met en doute la nécessité d'une solution. Nous avons encore du chemin à parcourir. Certes, il nous faut une stratégie de santé mentale comme celle élaborée dans d'autres

some of the ideas that you have come with today, whether it be a national mental health centre or an institute. Where that will fit with the CIHR and the combined neurological mental health institute has to be defined also and sifted through.

I will ask all three of you a question in the context of medical manpower. We need much more than medical manpower to solve this situation, but in the context of medical manpower, medical services and the mosaic of our federal/provincial health arrangements, where do you see the mix? Where do you see the interface between the psychiatrists, the specialists, the specialty institutions, the in-between people, the specialties such as the pediatricians, the internists and so forth, and the people on the ground in primary care? My perception is that if we are to reach the 70 per cent of people who are not being serviced in mental health now, we will need a huge development in primary care to provide the access. Let me try to focus for you, because this is a unique opportunity.

Dr. Woodside, please answer first, followed in order by Dr. Sacks and Dr. Schumacher.

Dr. Woodside: Thank you, Senator Keon. Increased cooperation between psychiatrists and primary care practitioners is critical. We have been engaged in a shared care project with that focus for 10 years. Recently, the Primary Health Care Transition Fund provided funding to the CPA and the College of Family Physicians for a collaborative care project to assist in the development of shared care projects. We are hoping that the federal government will provide funding for a second phase of that project. That is critical work. Having said that, there is a major shortage of family doctors in this country; and there is a major shortage of psychiatrists in this country. Trying to restructure the mental health system by offloading mental health care from psychiatrists to family doctors is like rearranging the deckchairs on the *Titanic*. Obviously there have to be cooperative mechanisms whereby psychiatrists perform functions that only they can, and other kinds of health care practitioners, family doctors, nurse practitioners, psychologists, social workers, and so on, provide additional services that do not require the expense of a psychiatrist. Currently, we work in such teams. As a professional, I do not think we have much turf to protect. I work on a 20-person multidisciplinary team with eight disciplines. We are not trying to chase other people out of the business of mental health. Most of the disciplines in the community are not funded. They are private services, so you have to pay out of pocket and access becomes a huge issue. Yes, we very much look forward to continuing to develop collaborative relationships with primary care and other health disciplines. There are not enough practitioners in any of those disciplines to simply transfer or offload the existing work at this time. There are shortages in all of those disciplines right across the board.

pays. Certaines des idées que vous nous avez proposées aujourd'hui, qu'il s'agisse d'un centre ou d'un institut national de santé mentale, s'en inspirent peut-être. Il reste à déterminer si cela devrait s'inscrire dans le cadre des IRSC et dans celui de l'Institut de neurologie et de santé mentale.

Je vous poserai à tous trois une question relative aux effectifs médicaux. Il nous faut beaucoup plus de main-d'œuvre médicale pour régler le problème, mais compte tenu du contexte de la main-d'œuvre médicale, des services médicaux et de la mosaïque des ententes fédérales-provinciales en matière de santé, comment tout cela peut-il se combiner? Quelle est, à votre avis, l'interface entre les psychiatres, les spécialistes, les établissements spécialisés, les intermédiaires, les spécialités comme les pédiatres, les internes, et cetera, et le personnel sur le terrain, ceux qui assurent les soins primaires? J'ai l'impression que si nous voulons rejoindre les 70 p. 100 des personnes qui n'ont pas accès à des services de santé mentale à l'heure actuelle, nous devons faire un effort colossal dans le domaine des soins primaires. Je veux faire le point à ce sujet, parce que vous nous offrez une occasion unique.

Docteur Woodside, s'il vous plaît, répondez en premier, puis nous entendrons le Dr Sacks et le Dr Schumacher.

Le Dr Woodside : Merci, sénateur Keon. Une coopération accrue entre les psychiatres et les spécialistes des soins primaires est essentielle. Nous participons à un projet de soins partagés dans cette optique depuis dix ans. Récemment, le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires a accordé des fonds à l'APC et au Collège des médecins de famille pour réaliser un projet de soins en collaboration qui favorisera la mise au point de projets de soins partagés. Nous espérons que le gouvernement fédéral financera une deuxième étape de ce projet. Ce travail est essentiel. Cela dit, il existe une grave pénurie de médecins de famille au pays. Il y a aussi une grave pénurie de psychiatres au pays. Chercher à restructurer le système de santé mentale en confiant des services de santé mentale aux médecins de famille pour alléger le fardeau des psychiatres équivaut à réorganiser les chaises longues sur le pont du *Titanic*. De toute évidence, nous avons besoin de mécanismes de coopération qui permettront aux psychiatres de remplir des fonctions qu'ils sont les seuls à pouvoir remplir tandis que d'autres types de spécialistes des soins de santé, les médecins de famille, les infirmières praticiennes, les psychologues, les travailleurs sociaux, et cetera, assureront les services connexes qui ne nécessitent pas la présence d'un psychiatre. À l'heure actuelle, nous travaillons au sein de telles équipes. En tant que professionnel, je ne pense pas que nous ayons un territoire à protéger. Je travaille au sein d'une équipe multidisciplinaire de 20 personnes qui représentent huit disciplines. Nous n'essayons pas d'exclure les autres intervenants du domaine de la santé mentale. Nombre de disciplines de la communauté ne sont pas financées. Il s'agit de services privés, qu'il faut payer soi-même, et leur accès devient donc problématique. Oui, nous espérons vivement pouvoir continuer à développer des rapports de collaboration avec les soins primaires et d'autres disciplines de la santé. Il n'y a pas suffisamment de praticiens dans l'une ou l'autre de ces disciplines

Dr. Sacks: I was pleasantly surprised, although I know about the shortage of psychiatrists in the country, to hear that there are 4,000 of them. There are 365 child and adolescent psychiatrists in the country. Pediatricians have been trained to do developmental and behavioural screening. Currently, the vast majority of community pediatricians, and many who are based in hospitals, are doing a great deal of screening and diagnosing and are initiating treatment of these conditions for the mild and moderate cases in children.

Fortunately, we have collaborative programs in many of our major cities and some of the small towns. I travel with a child psychiatrist up to Orillia, Ontario, with a population of 25,000. We collaborate with them and they help us with the difficult cases. There are so few that sometimes they cannot see those cases. We are working on that. I would like to say that pediatricians are trained to deal with mild and moderate cases of mental illness in children and adolescents and to help their families. Most of our referrals from family doctors are related to behavioural and mental health issues. Most of them suffer from attention deficit disorder, ADD. They have been tossed out of school and end up in my office. Certainly, depression and anxiety are the major problems being treated now.

I have been on two North American-based task forces with family practice colleagues and psychiatrists and have screening tools available for adolescent depression and ADD, as well as attention deficit and hyperactivity disorder, ADHD. These are to be taught to primary care physicians who are willing to learn and to take up the charge.

Thanks to an Ontario health study and the late Dr. Dan Orford, we have the numbers on children with the major psychiatric diseases. Although it was done in the late 1990s, it is likely still valid. We have a great deal of information and I become a little frustrated when we regress to square one. We know the numbers, and in many cases we have reasonable treatments for these conditions, some of which are medical, some psychotherapeutic and some a combination of the two. I think pediatricians are ready to move forward on this; we have only to be brought onto the team. That happens in many cases, but not often enough.

Dr. Schumacher: Senator, you talked about a mix. That would occur in an ideal world where the professional might not be certain of the exact problem, so would send the patient to the pediatrician to look at the developmental side and to the psychiatrist to look at the mental illness side. In the ideal world that would happen. However, the problem is that we often do not have one or the other. Pediatricians are burdened with providing

pour que l'on puisse simplement transférer une partie de la charge de travail existante. Il y a des pénuries dans toutes les disciplines, personne n'y échappe.

La Dre Sacks : J'ai été agréablement surprise, même si je sais qu'il y a une pénurie de psychiatres au pays, d'entendre qu'ils sont 4 000. Il n'y a que 365 pédopsychiatres au Canada. Les pédiatres reçoivent une formation qui leur permet d'évaluer le développement et le comportement. À l'heure actuelle, la grande majorité des pédiatres au sein de la collectivité, et nombre de ceux qui travaillent dans des hôpitaux, travaillent beaucoup au niveau du dépistage et du diagnostic et ils prescrivent des traitements pour les cas légers et moyens.

Heureusement, nous avons des programmes en collaboration dans nombre de nos grandes villes et dans certaines petites villes. Je me rends avec un pédopsychiatre à Orillia, en Ontario, une ville de 25 000 habitants. Nous collaborons avec eux et ils nous aident à traiter les cas difficiles. Ils sont si peu nombreux que parfois ils ne peuvent pas voir nos patients. Nous essayons de régler ce problème. Je veux préciser que les pédiatres reçoivent une formation pour traiter les cas légers et moyens de maladie mentale chez les enfants et les adolescents et pour aider leurs familles. La plupart des cas qui nous sont renvoyés par des médecins de famille se rapportent à des problèmes de comportement ou de santé mentale. Il s'agit surtout de troubles déficitaires de l'attention. Ces enfants ont été renvoyés de l'école et se retrouvent dans mon cabinet. La dépression et l'anxiété sont les principaux problèmes que nous traitons à l'heure actuelle, cela est indéniable.

J'ai participé aux travaux de deux groupes de travail nord-américains avec des médecins de famille et des psychiatres, et nous avons des outils pour le dépistage de la dépression et des troubles déficitaires de l'attention chez les adolescents ainsi que pour diagnostiquer le déficit d'attention et l'hyperactivité. Ces techniques doivent être enseignées aux fournisseurs de soins primaires qui sont disposées à les apprendre et à assumer une partie du fardeau.

Grâce à une étude sur la santé en Ontario et au regretté Dr Dan Orford, nous savons combien il y a d'enfants atteints de graves maladies psychiatriques. Même si cette étude a été réalisée dans les années 1990, elle est sans doute encore valable. Nous possédons une foule d'information et cela m'irrite toujours un peu lorsque nous nous retrouvons à la case départ. Nous connaissons les chiffres et, dans bien des cas, nous avons des traitements raisonnables à appliquer, dont certains sont d'ordre médical, d'autres psychothérapeutiques et d'autres encore combinent les deux aspects. Je crois que les pédiatres sont prêts à aller de l'avant; il suffit qu'on nous invite à faire partie de l'équipe. Cela se fait dans bien des cas, mais pas assez souvent.

Le Dr Shumacher : Sénateur, vous avez parlé d'une combinaison. Dans un monde idéal, les professionnels qui ne sont pas tout à fait certains de la source du problème enverraient le patient au pédiatre pour vérifier l'aspect développemental et au psychiatre pour dépister les maladies mentales. Dans un monde idéal, c'est ce qui se ferait. Hélas, il nous manque souvent l'un ou l'autre des éléments. Les pédiatres sont débordés par le volume

a disproportionate amount of psychiatric services, especially in my community. Second opinions do not occur much these days. That choice does not exist in most areas. Rather, a patient or a family is content to have someone with more letters after their name see the patient within a reasonable time. As a professional, I am happy to do the hard work, but I need to try various options for treatment for the next six months and then send them back if certain things result. However, if I have to wait for four or five months, in some cases involving an emergency admission due to arrest, it is likely that the situation has spiralled out of control and I do not have that opportunity. We were trained that way in the hospitals, where we once had all the mixes. Out in the community, that no longer exists. You get one and you have to be happy with that; and hopefully, it is the right one from the beginning.

Senator Keon: They are no longer in the hospitals either, so it is a question of how one begins to develop this mix. Some kind of plan must evolve, even if it is not perfect from the outset. There will have to be a kind of structural framework to develop a system and provide the appropriate personnel for the interface.

Dr. Schumacher: We have been missing a re-entry point in the system for physicians to receive additional training. I am not talking about returning to school for an additional four- or five-year fellowship. There are probably enough people with an interest in this area of work such that they could take additional training for one year while supported as a resident and be integrated into the system. I think that many people would be interested in doing that. However, we have not had a structure for postgraduate training in the country, and it should be available.

Senator Pépin: I will ask about working on a new structure and having a coordinator who might be a doctor, a social worker or other expert in the field of mental health. Do you envision the new structure in that way?

Dr. Woodside: There is a myth that most psychiatrists work alone in an office, but that is not true. Most psychiatrists work in hospitals or clinics. We have been developing multidisciplinary teams such as you describe for about 40 years. Our present ability to develop multidisciplinary teams is totally maxed out. We have done as much of it as possible. To do more, you would have to provide funding to pay the psychologist or the social worker, et cetera, because there is no money to pay for them. You would have to train those people. In family medicine, we have existing structures via our shared care initiative. We have 250 sites across the country that are part of a national registry of arrangements between family doctors and psychiatrists for collaborative care. We would love to do more of that, but we need funding to support the psychiatrists. Most of it involves the psychiatrists going to the family practice clinic to help the family doctors in their offices. We need funding to pay the psychiatrists to do that because it is not a billable service.

disproportionné de services psychiatriques qu'ils fournissent, en particulier dans ma collectivité. Nous n'avons guère le loisir de solliciter une seconde opinion ces temps-ci. Ce choix n'existe même pas dans la plupart des régions. Le patient ou la famille se considère déjà chanceux de pouvoir consulter dans des délais raisonnables un professionnel un peu plus spécialisé. En tant que professionnel, je suis heureux de faire ce travail difficile, mais je dois faire l'essai de divers traitements sur une période de six mois avant de me prononcer. Je ne dispose toutefois pas de quatre ou cinq mois, dans certains cas, par exemple lorsqu'un patient est admis d'urgence à la suite d'une arrestation, Je n'ai pas le temps, car la situation risque de dégénérer d'ici là. Je n'ai pas de marge de manœuvre. Nous avons été formés de cette façon dans les hôpitaux, à une époque où toutes les combinaisons étaient possibles. En contexte communautaire, cela ne se fait plus. Vous avez une option et vous devez vous en contenter; il faut espérer que ce soit toujours la bonne.

Le sénateur Keon : Les hôpitaux aussi ont perdu de leur marge de manœuvre. Il faut donc se demander comment rétablir la combinaison. Il faut dresser un plan quelconque, même s'il n'est pas parfait, dès le départ. Il faut instaurer un cadre structurel quelconque pour pouvoir mettre au point un système et recruter le personnel compétent qui assurera l'interface.

Le Dr Shumacher : Ce qui manque, dans le système, c'est la possibilité pour les médecins d'aller suivre une formation supplémentaire. Je ne parle pas de retourner aux études pendant quatre ou cinq ans. Il y a sans doute suffisamment de médecins qui s'intéressent à ce domaine de la profession et qui accepteraient de s'astreindre à une formation supplémentaire d'un an, en résidence, pour ensuite se joindre au système. Je pense que nous aurions de nombreux candidats. Malheureusement, aucune structure d'enseignement supérieur ne nous offre cette option au pays. Cela serait nécessaire.

Le sénateur Pépin : Je veux m'informer au sujet de la possibilité de définir une telle structure et du fait que le coordonnateur pourrait en être un médecin, un travailleur social ou un autre spécialiste du domaine de la santé mentale. Est-ce que vous envisagez ainsi cette nouvelle structure?

Le Dr Woodside : Beaucoup croient que la plupart des psychiatres travaillent seuls en cabinet, mais c'est un mythe, c'est faux. La plupart des psychiatres travaillent dans des hôpitaux ou en clinique. Nous établissons depuis une quarantaine d'années des équipes multidisciplinaires comme celles que vous décrivez. Notre capacité actuelle de former des équipes multidisciplinaires est exploitée au maximum. Nous avons fait tout ce que nous pouvions à cet égard. Pour que nous puissions faire plus, vous devrez nous fournir des fonds pour payer le psychologue ou le travailleur social, et cetera, parce qu'il n'y a plus d'argent pour les payer. Vous devrez former ces personnes. En médecine familiale, l'initiative de soins partagés nous fournit des structures. Il y a au pays 250 centres membres d'un registre national d'ententes entre des médecins de famille et des psychiatres pour assurer des soins en collaboration. Nous voudrions faire plus que cela, mais nous avons besoin de financement pour appuyer les psychiatres. Dans la plupart des cas, les psychiatres se rendent dans les cliniques de médecine

We need more family doctors so that there are more places for us to go. We need more psychiatrists so that we can send them to more family doctors' offices. There are structures and models in place for collaborative teamwork. It is what we do, it is how we have spread ourselves so thinly thus far, but we are like too little butter on too much bread. There are five people in Ontario who treat patients with anorexia nervosa. How thinly can you spread me?

Senator Keon: It is a rather unique opportunity.

I will propose something to you that I talked about yesterday in Toronto. There are at the community level multidisciplinary care clinics where the mentally ill can gain access without any stigma by virtue of going to the same clinic that someone with a broken leg goes to. These clinics are properly placed geographically, properly resourced, linked with the secondary and tertiary care institutions and appropriately linked with psychiatric facilities and so forth; and of course there will have to be money to pay the psychologists who are not paid now. I have lived with that in my own institution, where people had to pay for their psychological counselling because the in-house psychologist was overwhelmed. Therefore, the only thing a person could do was go downtown and pay out of his own pocket.

If we are planning to expand these services by this enormous 70 per cent, which seems to be needed, we have to start at the community level. It will require pediatricians and internists. Also, it will require the assistance of psychiatrists, but the community level comes first. I want you to tell me if I am wrong.

Dr. Schumacher: One of the good signs, if you look at the agreement just reached between the doctors in Ontario and the government, is the government will now reward comprehensive care physicians, whether they are solo practitioners or in a family health group or network. They will give bonuses for taking care of seriously mentally ill patients, people with schizophrenia or bipolar illness. They do not have to be offering all the mental illness services, people can be taken care of by a psychiatrist as well, but if they are seeing a patient like that on a regular basis, some of whom frequently miss appointments, have a lot of admissions and other things going on, they receive a bonus. If they are taking care of five, they get a \$1,000 bonus. If they are taking care of 10 or more, they get a \$2,000 bonus. It is actually the first time an incentive has been put in place so these seriously challenged individuals can have the stability of having a family doctor at the centre of their care. It has been a very positive sign to many of us who offer that kind of comprehensive care. I have 11 patients who qualify. I was excited about that, because this is difficult work. However, I was very pleased. It is a step in the right direction. Would I like to see other services made available?

familiale pour aider les médecins de famille sur place, dans leurs cabinets. Nous avons besoin de fonds pour payer les psychiatres qui font cela, parce que ce n'est pas un service assuré.

Nous avons besoin d'un plus grand nombre de médecins de famille, pour avoir plus d'endroits où travailler. Nous avons besoin d'un plus grand nombre de psychiatres pour pouvoir les envoyer dans les cabinets de tous ces médecins de famille. Il existe des structures et des modèles de travail d'équipe. C'est ce que nous faisons, c'est ainsi que nous avons réussi à tant faire avec si peu de ressources jusqu'à maintenant, mais nous ne pouvons pas suffire à la tâche. Il y a cinq personnes en Ontario qui traitent les patients atteints d'anorexie mentale. J'ai mes limites moi aussi.

Le sénateur Keon : C'est une occasion exceptionnelle.

Je vais vous proposer quelque chose dont j'ai parlé hier à Toronto. Il y a au niveau communautaire des cliniques de soins multidisciplinaires où les personnes atteintes de maladie mentale peuvent se présenter sans crainte d'être jugées, puisqu'elles utilisent la même clinique que quelqu'un qui se serait cassé une jambe, par exemple. Ces cliniques sont bien situées dans les collectivités, elles ont des ressources et elles entretiennent des rapports avec les établissements de soins secondaires et tertiaires et avec les établissements psychiatriques. Évidemment, il faudra de l'argent pour payer les psychologues qui ne sont pas rémunérés par le régime à l'heure actuelle. J'ai vécu cette situation dans mon propre établissement, où les patients devaient payer pour les services d'un psychologue parce que le psychologue à l'intérieur était débordé. La seule option qui s'offrait à ces clients était d'aller au centre-ville et de payer eux-mêmes.

Si vous projetez d'élargir les services pour englober les 70 p. 100 restants, les personnes qui sont privées d'accès, comme cela semble nécessaire, il faut commencer au niveau communautaire. Nous aurons besoin de pédiatres et d'internes. Nous devrons aussi solliciter l'appui des psychiatres, mais le niveau communautaire vient en premier lieu. Dites-moi si je me trompe.

Le Dr Schumacher : Nous venons de recevoir un signe encourageant. En vertu de l'entente que les médecins et le gouvernement en Ontario viennent de conclure, le gouvernement a accepté d'encourager les médecins qui offrent des soins complets, que ces médecins travaillent seuls, au sein d'un groupe de médecine familiale ou dans un réseau. Ils recevront des primes s'ils acceptent de prendre en charge des patients souffrant de maladies mentales graves, des personnes atteintes de schizophrénie ou de troubles bipolaires. On ne leur demande pas d'offrir toute la gamme des services de santé mentale. Les psychiatres continueront d'exercer. Mais si ces généralistes rencontrent de tels patients sur une base régulière, des patients qui manquent souvent leurs rendez-vous, qui sont souvent admis à l'hôpital et qui éprouvent d'autres difficultés, ils auront droit à une prime. S'ils suivent cinq de ces patients, ils toucheront une prime de 1 000 \$. S'ils en suivent dix ou plus, ils auront droit à 2 000 \$. C'est la première fois qu'un encouragement est accordé pour que les personnes qui connaissent de graves difficultés puissent bénéficier de la stabilité qu'offrent les médecins de famille dans les centres de soins. Pour beaucoup d'entre nous qui

I would love to see, on a shared, rotational basis, the use of social workers, psychologists, whoever else we can get. Unfortunately, the only place in the community where there are services is in hospitals, where they have global funding or some other alternate payment system. It does not exist outside the walls of the hospital or the virtual hospital.

The Chairman: This says a lot about the need to change the funding mechanism, but that is a different issue.

Dr. Woodside: I was intending to provide Dr. Keon with a metaphor that he can explain to the rest of the committee later. Dr. Keon is a cardiac surgeon. You could probably reduce a bypass operation to one or two actions that you had to perform, like sewing the grafts, and have other people do the other things. You can envisage a system where you went from operating room to operating room and all you did was sew the grafts. Maybe if there were a dozen dedicated operating rooms, you could do a lot of cardiac bypass surgery. However, what you start with is one day a week to do operations, instead of 12 running flat out to make maximum use of your time as a cardiac surgeon. That is where we are at with mental health right now. We are like you the cardiac surgeon with one day a week of operating time, and to maximize that, we would need 12 operating rooms running around the clock. That is the magnitude of the resource shortfall right across the system.

Dr. Sacks: I wanted to add something to Dr. Keon's comments about community-based systems. One of the additional reasons those are essential in Canada is our multiculturalism. Certainly in pediatrics, I see kids brought in whose families describe behaviour that I would not recognize necessarily as mental illness, but it is, just from a different culture. If we do not go out into the communities with community and cultural specialists, we will miss this entire group, and then we will be back where I am afraid we are now, with a group of new immigrant kids and adolescents who have been missed because we did not recognize their disorders. Therefore, we have to go to the community for a number of reasons, as my colleagues have stated, but also for kids that we will miss for cultural reasons.

Dr. Isra Levy, Chief Medical Officer and Director, Office for Public Health, Canadian Medical Association: Thank you. There was a space problem at the start, so I did not join you until later.

offrons ce genre de services complets, cette mesure est très positive. J'ai 11 patients qui sont admissibles. J'étais un peu nerveux, parce que ce travail est difficile. Mais je m'en réjouis. C'est un pas dans la bonne direction. Est-ce que je souhaite que d'autres services soient offerts suivant cette formule? Bien sûr. De façon partagée, par rotation, nous pourrions faire appel à des travailleurs sociaux, à des psychologues, à tous ceux qui voudront bien travailler avec nous. Malheureusement, dans les collectivités, ces services ne se trouvent que dans les hôpitaux, c'est-à-dire dans des établissements financés en bloc ou selon une autre formule d'allocation budgétaire. Cela n'existe pas à l'extérieur des hôpitaux, qu'il s'agisse d'établissements concrets ou d'hôpitaux virtuels.

Le président : Voilà qui en dit long sur la nécessité de modifier le mécanisme de financement, mais c'est là un problème différent.

Le Dr Woodside : Je voulais fournir au Dr Keon une métaphore qu'il puisse expliquer aux autres membres du comité, plus tard. Le Dr Keon est chirurgien cardiologue. Vous pourriez sans doute réduire un pontage à une ou deux actions à accomplir, comme par exemple recoudre le greffon et laisser le reste du travail à d'autres personnes. Il est possible d'envisager un système où vous passez d'une salle d'opération à une autre et tout ce que vous avez à faire est de recoudre la greffe. Peut-être que s'il y avait une douzaine de salles d'opération consacrées à cela, vous pourriez faire beaucoup de pontages. Toutefois, vous faites des interventions chirurgicales une journée par semaine plutôt que d'en faire pendant 12 jours consécutifs de manière à maximiser votre temps comme chirurgien. C'est là où nous en sommes avec la santé mentale. Nous sommes comme le chirurgien cardiologue qui fait des interventions une journée par semaine et, pour maximiser nos efforts, nous aurions besoin de 12 blocs opératoires tournant 24 heures par jour. Telle est l'ampleur du manque de ressources dans le système.

La Dre Sacks : Je voulais ajouter quelque chose aux observations du Dr Keon concernant les systèmes communautaires. Notre multiculturalisme est une autre des raisons pour lesquelles cette approche est essentielle au Canada. En tant que pédiatre, je vois des enfants qui viennent de familles dont le comportement n'est pas nécessairement un signe de maladie mentale mais qui est le fait d'une culture différente. Si nous n'allons pas dans la collectivité avec des spécialistes communautaires et des spécialistes culturels, nous risquons de ne pas voir ce groupe et de nous retrouver là où nous en sommes maintenant, avec un groupe d'enfants et d'adolescents immigrants que nous n'avons pas pu voir parce que nous n'avons pas reconnu le désordre dont ils souffrent. Par conséquent, nous devons nous rapprocher de la collectivité pour diverses raisons, comme mes collègues l'ont mentionné, mais aussi pour retrouver les enfants qui nous échappent pour des raisons culturelles.

La docteure Isra Levy, administratrice médicale en chef et directrice, Bureau de la santé publique, Association médicale canadienne : Merci. Il y avait un problème d'espace au début, de sorte que je n'ai pu me joindre à vous que plus tard.

I did want to pick up on your last question, Senator Keon. The issue of community, the local level, links right back to your original question, Senator Kirby, about this mental health centre that we are thinking and talking about.

The enormity of the challenge and the multi-dimensional complexity will make it difficult to bring a federal solution to bear on a local issue, perhaps here more than anywhere else. What is underpinning all of the presentations, and I know has underpinned your interim report, is an awareness that at the clinical interface for this particular set of medical and health problems, these are issues that require enormous sensitivity. We see people in tremendous pain, and that pain manifests in a number of ways, anger being one of them, and we have all just witnessed that.

You ask how, at the clinical interface, you can help at the local level with pain that manifests in unusual ways in a structural system. It might seem odd that we bring that solution around and say, "Well, open a centre in the federal government." However, there is logic to that, which is found in our call for strong leadership, notwithstanding the well-articulated needs for increased human resources and, obviously, for ongoing and increased training at the front lines for existing personnel. The other role that the federal government can play so clearly here is the leadership role. It is a leadership role that can be played within the federal government, a cleaning-up your own backyard situation, which calls for both inspirational political leadership and an administrative *gravitas*, adequately resourced wherever you put it, whether in Health Canada, an independent entity or the agency. Our thinking has evolved into a belief that you probably need to put that in Health Canada, because at its core, these are health issues. However, one needs to think about mechanisms whereby that can be resourced and structured in a way that will allow cross-department and sector coordination at the federal level as well as effective leadership through the provincial and territorial level to the local level.

I think that comes back then not only to recognizing the appropriateness of positioning it at the local level, but also to the rationale for a federal centre, probably located within an entity like Health Canada right at a senior management level, twinned with strong political leadership.

The Chairman: Thank you, Dr. Levy.

Senator Cordy: It is obvious that you have all done so much work before you came here. Your recommendations are very helpful to us.

My question is for Dr. Sacks. When you were speaking about children and mental health issues, you said if we do not address the situation early, it can lead to things like anxiety, depression, suicide, bullying and low self-esteem.

In society today, there is a lot of pressure on the school system to deal with bullying because of the increase in violence in society. Many schools systems have developed a policy of zero tolerance for bullying. While that may, in the short term, appease the

Je voulais revenir sur votre dernière question, sénateur Keon. La question de la collectivité, au niveau local, se rapporte directement à votre première question, sénateur Kirby, concernant ce centre de santé mentale auquel nous pensons et dont nous parlons.

L'énormité du défi et la complexité multidimensionnelle font en sorte qu'il sera difficile de trouver une solution fédérale à un problème local, peut-être davantage ici qu'ailleurs. La sensibilisation au fait que l'interface clinique pour cet ensemble particulier de problèmes médicaux et de santé sous-tend toutes les présentations, et je sais qu'il en est de même pour votre rapport provisoire. Il y a des problèmes qui exigent une sensibilisation considérable. Nous voyons des gens qui souffrent beaucoup, une souffrance qui se manifeste de diverses façons, notamment par la colère. Nous avons tous vu cela.

Comme vous le savez, la clinique permet d'apporter un soulagement au niveau local qui se manifeste de façon inhabituelle dans une stratégie structurelle. Il peut sembler curieux que nous proposons cette solution en disant « Ouvrons un centre au sein du gouvernement fédéral ». Toutefois, il y a une certaine logique à cela, comme en témoigne notre appel à un leadership solide, malgré les besoins fort bien articulés pour des ressources humaines plus considérables et, de toute évidence, pour une formation continue plus importante du personnel de première ligne. Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de leadership, pour faire du nettoyage, approche qui exige une certaine détermination et la capacité d'administrer, et qui doit bénéficier de ressources suffisantes, que ce soit à Santé Canada, ou qu'il s'agisse d'une entité ou d'un organisme indépendant. Notre réflexion nous porte à croire que cet organisme pourrait relever de Santé Canada parce qu'il est au cœur des questions de santé. Toutefois, il faut réfléchir à la façon dont ces mécanismes seront alimentés et structurés, de manière à ce que la coordination interministérielle et intersectorielle, au niveau fédéral, de même que le leadership des provinces et des territoires puissent avoir un bon effet au niveau local.

Tout cela revient non seulement à reconnaître l'à-propos de situer l'organisme au niveau local, mais aussi à justifier un centre fédéral, probablement au sein d'une entité comme Santé Canada, à un niveau supérieur, et assorti d'un leadership politique fort.

Le président : Merci, docteur Levy.

Le sénateur Cordy : De toute évidence, vous avez fait un travail considérable avant de venir nous rencontrer. Vos recommandations nous seront très utiles.

Ma question s'adresse à la Dre Sacks. Quand vous avez parlé des enfants et des problèmes de santé mentale, vous avez dit que si nous n'abordions pas la situation assez rapidement, elle pourrait entraîner des problèmes comme l'anxiété, la dépression, le suicide, l'intimidation et la faible estime de soi.

Dans notre société, les écoles sont de plus en plus poussées à aborder le problème de l'intimidation en raison de l'augmentation de la violence de notre société. Plusieurs systèmes scolaires ont élaboré une politique de tolérance zéro face à l'intimidation. Bien

parents because the bully is punished and, in many cases, removed from the school situation, it really does nothing for the child who has the problem.

I am wondering, first, how you feel about zero tolerance for bullying. Second, you cannot talk about the child in isolation. You have to talk about the family, and you mentioned that the family, the parents, need help. I used to be an elementary schoolteacher. Certainly, many parents and many families are in crisis.

As a teacher within the school system, very often you felt that you were outside the loop. How do we engage the school system to help these children? When I talk about engaging the school system, I am not talking about the school psychologist, who may have responsibility for 10 or 15 schools, or sometimes more, within the system. I am talking about engaging the teachers who are dealing with the children on a day-to-day basis.

Dr. Sacks: Those are big problems and issues but they are all very addressable. For one, in any new institute, the boards of education need to be included. I note B.C. has a wonderful new system for dealing with the mental health problems of children, and they have included physicians, nurses and psychologists. They have not included education.

Any of the screening tools that I am aware of — and I helped develop some of them — have been addressed to kids who are identified at school. These are kids who, for some reason, are not doing well. Certainly, you can have a school psychologist look for a learning disorder, but we need as a society to look for other reasons these kids are failing in school.

It is interesting to see whether they are absent all the time or they are not doing what they should be doing. You can identify and pick up early anxiety, certainly by the age of six, seven or eight, and a little later on, in young adolescents, depression. The teacher needs only to identify that this kid is not learning and I have tried my best.

In terms of the bullies, it is interesting that the bully has some issues, but not the ones that we necessarily think of. However, the person being bullied almost always has anxiety or depression or some other issues. Bullies pick on the vulnerable. Both of those need to be addressed.

The school does not have the resources to do anything now but send them home; and no one is home, often, so that is a disaster. That does not help anyone, not even the school, because it has not taught anyone a lesson about how to deal with it. Schools need to be taught; and part of the job of this institute would be education of the people involved with children and adolescents. They need to be taught that certain things are not allowed in this school

que cela puisse, à court terme, apaiser les parents parce que l'intimidation est ainsi punie et éliminée de l'école, cela n'aide en rien l'enfant qui vit le problème.

Je me demande, dans un premier temps, comment vous réagissez à la politique de tolérance zéro concernant l'intimidation. Deuxièmement, il est impossible de parler des enfants de manière isolée. Vous devez parler de la famille, et vous avez dit que la famille et les parents ont besoin d'aide. J'ai été enseignante au niveau primaire. Assurément, plusieurs parents et plusieurs familles sont en situation de crise.

À titre d'enseignante, je me sentais bien souvent exclue. Comment peut-on inciter le système scolaire à aider ces enfants? Quand je parle d'engagement du système scolaire, je ne parle pas du psychologue scolaire, qui peut avoir une responsabilité pour 10 ou 15 écoles, ou parfois plus, au sein d'une commission scolaire. Je parle plutôt d'engager les enseignants qui traitent avec les enfants sur une base quotidienne.

La Dre Sacks : Ce sont là de gros problèmes et des questions fondamentales qu'il est tout à fait possible d'aborder. Premièrement, dans tout nouvel institut, le conseil d'éducation doit être inclus. Je note que la Colombie-Britannique a un nouveau système qui est merveilleux pour aborder les problèmes de santé mentale chez les enfants. La province y a incorporé des médecins, des infirmières et des psychologues. Par contre, elle ne fait pas intervenir le système d'éducation.

La majorité des systèmes de dépistage que je connais, et j'ai contribué à en élaborer quelques-uns, visent les enfants qui sont identifiés dans les écoles. Ce sont des enfants qui, pour une raison quelconque, ne réussissent pas bien. Bien entendu, vous pouvez demander au psychologue scolaire de vérifier si un trouble d'apprentissage est en cause, mais en tant que société, nous devons chercher d'autres raisons pour lesquelles ces enfants ne réussissent pas à l'école.

Il est intéressant de savoir si ces enfants sont absents fréquemment ou bien s'ils ne font pas ce qu'ils devraient faire. Il est possible de dépister assez tôt, dès l'âge de six, sept ou même huit ans, et même plus tard, au début de l'adolescence, les problèmes d'anxiété, de dépression et autres. Il suffit que l'enseignant note que l'enfant n'apprend pas malgré ses efforts.

Pour ce qui est de l'intimidation, il est intéressant de noter que ce sont des personnes qui ont des problèmes, mais pas nécessairement ceux auxquels nous pensons. Toutefois, la personne qui est victime d'intimidation a presque toujours un problème d'anxiété et de dépression, ou certains autres problèmes. Celui qui intimide choisit ses victimes parmi les plus vulnérables. Les deux aspects du problème doivent être abordés.

Comme l'école n'a pas les ressources nécessaires pour intervenir sauf renvoyer les coupables à la maison, et qu'il n'y a personne à la maison, la situation est désastreuse. Une telle approche n'aide personne, même pas l'école, parce que personne n'a appris ce qu'il faut faire pour corriger le problème. Il faut également apprendre des choses aux écoles. Une partie du travail de cet institut serait d'éduquer les gens qui travaillent auprès des

society. Everyone at that school, whether they have been bullied or not, needs to be identified and the school has to change its society.

What we need is coordination. We need to include teachers because, as far as I am concerned, they are the vital ones, not parents. First of all, they spend more time with the child than the parents, and interaction is when kids' illnesses often are displayed. Therefore, it is more likely that illness in children and adolescents will be picked up in the school society. We need to teach the teachers how to identify that this child needs some screening. It could be put on a report card.

Having worked in pediatrics for 30 years, I spent the first 20 trying to tell people who insisted on getting the next kind of X-ray that the tummy ache was not due to a stomach tumour. Whether it is because of the media or whatever, that has changed in many cases. Now I have to fight to try to get a physical test because the mother is so sure it is anxiety. They come in ready to accept some of these diagnoses. We have made some steps forward.

That is the public support we would have for these conditions, which I think is already there. I do not know who did the work, maybe the psychiatrists and other people, but I think it is available. However, the school must be included in early identification of these kids who are going on to become adults with mental disorders.

The Chairman: Can I ask a follow-up question to that? How do you get around the problem? First of all, you mentioned school psychologists; in a great many school boards across this country they have vanished as a part of budget cuts. The speech therapists who used to exist have been reduced dramatically, also the school psychologists and so on.

How do you get around the following problem? In effect, what you have is diagnosis of a medical condition by a teacher, at least a diagnosis in the sense that there is a problem. Let us suppose you go to the next step whereby, in some sense, the student will receive some help. At that point, am I not correct that you almost have to cut the teacher out again because the privacy laws make it almost impossible for the person who is treating the patient — whether it is a GP, paediatrician, psychiatrist or whatever — to talk to the teacher or the family about what really needs to happen? Am I correct that the collegial, multidisciplinary treatment that would be required is difficult to offer because of privacy laws?

Dr. Sacks: Not really, with the cooperation of the family. Pediatricians spend a lot of time at schools talking to teachers about what is going on with patients who come to them. As you

enfants et des adolescents. Ces personnes doivent apprendre que certaines choses ne sont pas autorisées dans le système scolaire. Tous ceux qui fréquentent l'école, qu'ils aient été victimes d'intimidation ou non, doivent être identifiés et l'école doit transformer son système social.

Nous avons besoin de coordination. Nous devons aussi incorporer les enseignants parce que, en ce qui me concerne, ce sont les intervenants clés, et non les parents. D'abord, ils passent plus de temps avec l'enfant que ne le font les parents, et l'interaction se produit au moment où les problèmes de l'enfant se manifestent. En conséquence, il est plus probable que la maladie des enfants et des adolescents pourra être observée dans le système scolaire. Nous devons montrer aux enseignants comment repérer l'enfant qui a besoin d'aide, et leurs observations pourraient être consignées dans un bulletin.

J'ai travaillé 30 ans en pédiatrie, dont les 20 premières années à dire aux ceux qui insistaient pour subir des tests toujours plus poussés que le mal de ventre n'était pas dû à une tumeur à l'estomac. Que ce soit à cause de l'influence des médias ou d'autres facteurs, tout cela a changé dans plusieurs cas. Aujourd'hui, je dois me battre pour faire un examen physique parce que la mère est persuadée qu'il s'agit d'un cas d'anxiété. Les gens nous consultent et ils sont disposés à accepter une partie du diagnostic. De toute évidence, nous avons fait quelques progrès.

C'est le genre de soutien public dont nous aurions besoin pour traiter de ces cas, et je pense que nous l'avons déjà. Je ne sais pas qui a fait le travail, peut-être que ce sont les psychiatres ou d'autres spécialistes, mais je pense que les résultats sont disponibles. Toutefois, l'école doit faire partie du processus de dépistage de ces enfants, qui deviendront des adultes et qui seront aux prises avec des problèmes mentaux.

Le président : Puis-je vous poser une question? Comment peut-on régler le problème? Premièrement, vous avez parlé des psychologues scolaires; dans plusieurs conseils scolaires du pays, ils ont disparu avec les coupures de budget. Le nombre d'orthophonistes a été grandement réduit, et il en est de même des psychologues scolaires et ainsi de suite.

Comment peut-on régler le problème suivant? L'enseignant diagnostique un problème médical, à tout le moins détermine qu'il y a un problème. Supposons qu'il est possible d'aller à l'étape suivante, c'est-à-dire où l'élève recevra de l'aide. N'ai-je pas raison de dire qu'à ce stade il faut presque éliminer l'enseignant en raison des lois sur la protection de la vie privée qui font en sorte qu'il est impossible pour qui traite le patient, qu'il s'agisse d'un généraliste, d'un pédiatre, d'un psychiatre ou ce que vous voudrez, de parler à l'enseignant ou à la famille de ce qu'il faut faire? Ai-je raison de dire que le traitement collégial, pluridisciplinaire qui serait nécessaire est difficile à offrir en raison des lois qui gouvernent la protection de la vie privée?

La Dre Sacks : Non, pas vraiment, sauf s'il y a coopération de la part de la famille. Les pédiatres passent beaucoup de temps dans les écoles à parler aux enseignants au sujet des consultations

mentioned, I get scribbled letters from teachers saying this child is out of control, give him something.

The Chairman: Just get rid of the problem.

Dr. Sacks: That is right. In fact, if we do diagnose a problem that needs to be addressed with the cooperation of the school, we need the teachers on board. By the way, Ritalin is prescribed in this country in about the same percentage number as the kids that we would estimate have ADD or ADHD. It looks as if it is being poured out like water. It is not.

The Chairman: My comment was a different one. To what extent does simply giving Ritalin and doing nothing else merely quiet the disruptive student down and solve the teacher's problem, but not the student's problem?

Dr. Sacks: I hate to tell you the answer to that because you will not like it. Attention deficit disorder is a chemical disorder, genetic in origin, which responds in about 70-plus per cent of cases to pharmacological therapy. The truth is that I never treat a child unless I have cooperation on behavioural changes at home and at school — that the teacher will place this kid in a certain place, that she will cue him to pay attention, that she will help me with the use of the medication.

It is like diet medication. No matter how many diet pills you take, if you want that chocolate cake, it is going in. As much Ritalin or stimulant medication as I give, unless it is supported by behavioural treatments at home and structure at school, it will not work as effectively as it can.

The Chairman: You are able to talk to the teachers and the privacy law is not an issue.

Dr. Sacks: With permission from the parent, and most of the time, in the school situation, on that particular issue, ADD, it is okay. They sometimes have more difficulty talking about some of the other psychiatric diagnoses.

Dr. Woodside: Just to follow up on privacy, the PIPEDA legislation, which for everyone else is a huge shock, is similar to the law about mental health information that has been in place for 20 or 30 years. We have worked under a PIPEDA-like system for decades.

The Chairman: Would you clarify what PIPEDA is for the television audience, please?

Dr. Woodside: PIPEDA is the privacy legislation. The restrictions have been in place for mental health information for ages. We have already established our multidisciplinary and collaborative teamwork arrangements under strictures that are

avec leurs patients. Comme vous l'avez mentionné, je reçois des notes rédigées par des enseignants qui me disent que tel enfant est impossible à contrôler, et qui me demandent de lui donner quelque chose.

Le président : Débarrassez-moi du problème.

La Dre Sacks : C'est exact. De fait, si nous diagnostiquons un problème qui doit être abordé en collaboration avec l'école, les enseignants doivent collaborer avec nous. Soit dit en passant, il se prescrit du Ritalin au pays en proportion égale au nombre d'enfants qui, selon nous, souffriraient de DCA ou de THADA. On semble croire qu'il est prescrit comme s'il s'agissait de bonbons, mais ce n'est pas le cas.

Le président : Ma préoccupation est différente. Dans quelle mesure le fait de prescrire du Ritalin et de ne rien faire d'autre contribue-t-il à calmer l'élève perturbateur et à régler le problème de l'enseignant, mais non celui de l'élève?

La Dre Sacks : J'hésite à vous donner la réponse parce qu'elle ne vous plaira pas. Le trouble déficitaire de l'attention est un désordre chimique, d'origine génétique, qui se traite dans plus de 70 p. 100 des cas par voie pharmacologique. En vérité, je ne traite jamais un enfant à moins d'avoir la coopération des parents et de l'école. Il faut viser un changement du comportement, il faut que l'enseignant accepte de placer l'enfant à un endroit de la classe où il pourra l'inciter à être plus attentif. Il faut aussi que l'enseignant puisse m'aider dans l'utilisation du médicament.

C'est un peu comme les médicaments utilisés dans le cadre de régimes alimentaires. Peu importe le nombre de comprimés que vous pourrez prendre, si vous voulez manger un gâteau au chocolat, vous en mangerez. Peu importe la quantité de Ritalin ou de médicament de stimulation qui peuvent être prescrits, ces médicaments n'auront aucun effet si les parents et le système scolaire ne contribuent pas au traitement du comportement.

Le président : Vous pouvez parler aux enseignants et la législation concernant la protection de la vie privée ne vous pose pas de problème.

La Dre Sacks : Avec la permission des parents et, la plupart du temps, dans le contexte de l'école et pour ce problème particulier, il n'y a pas de problème. Parfois, il est plus difficile de parler des autres diagnostics psychiatriques.

Le Dr Woodside : Je voudrais ajouter un mot concernant la protection de la vie privée, la LPRPDE, qui pose un problème considérable pour la plupart des gens, mais qui est similaire à la législation qui régit l'information sur la santé mentale en vigueur depuis 20 ou 30 ans. Depuis des décennies, nous travaillons dans un système qui ressemble à celui de la LPRPDE.

Le président : Pourriez-vous préciser ce qu'est la LPRPDE pour notre auditoire de la télévision, je vous prie?

Le Dr Woodside : La LPRPDE est la législation sur la protection des renseignements personnels. Les restrictions concernant les renseignements sur la santé mentale existent depuis des années. Nous avons déjà établi nos propres

about as extreme as the new privacy legislation. We get along with that fine.

Establishing provincial, regional or district networks where mental health information is part of a comprehensive medical record probably will be impossible under the new privacy legislation, but inside a clinic or a family practice, a single group, we get on fine with very tight constraints on mental health information.

Dr. Levy: You have correctly identified a problem, particularly for the non-institutional setting. The barriers to multidisciplinary work in the community context are indeed significant. The best way to deal with that, given the realities of and the good reasons for the constraints, is to bring it back to de-stigmatization efforts. The nub of the solution is in consent. In my experience, the reason for consent being denied is invariably fear of discrimination at some other level. Again, it does not seem like a direct answer to the question, but in a strange way, the privacy issues go away when the stigma issues go away.

The Chairman: In essence, Dr. Woodside's comment, that psychiatrists dealing with mental illness have been under stricter privacy rules for a longer time than the rest of the medical profession, is a clear indication of the stigma. The reality is that people who had a physical illness felt less need to hide it. It is not that they did not want privacy, but clearly if someone found out about it, they could live with it. If someone found out they had a mental problem, that was quite a different order of magnitude, and I suspect that is the origin of the fact that your rules were different.

Senator Cook: To help you understand the context of my questions, I should tell you I come from the province of Newfoundland and Labrador. The problems there are the same as in other parts of Canada, but the resources, people like you, are very thin. The province has one tertiary care hospital. When I hear about clusters and primary care and all of those things, how I wish we had those resources. Given where we are, the impossible will take a little longer to achieve.

I want to look at structure, because if we intend to begin on a journey, we need to do that. Dr. Woodside recommended that a mental health centre be housed within the public health agency, and Dr. Schumacher mentioned a centre for mental health within Health Canada. I want you to think of that in the context of

arrangements de travail pluridisciplinaire et de travail en collaboration selon des limites qui sont aussi contraignantes que celles de la nouvelle législation sur la protection des renseignements personnels. Nous nous en accommodons très bien.

Il sera impossible en vertu de la nouvelle législation sur la protection des renseignements privés d'établir des réseaux provinciaux, régionaux ou de district au sein desquels les renseignements sur la santé mentale feront partie d'un dossier médical complet. Par contre, à l'intérieur d'une clinique ou dans une pratique de médecine familiale, à l'intérieur d'un groupe unique, nous nous débrouillons fort bien avec des contraintes réelles concernant l'information sur la santé mentale.

La Dre Levy : Vous avez très bien identifié un problème, particulièrement dans le contexte non institutionnel. Les obstacles au travail pluridisciplinaire dans un cadre communautaire sont assez importants. La meilleure façon d'y faire face, compte tenu de la réalité et des raisons valables qui s'appliquent aux contraintes, il est mieux de chercher à déstigmatiser. La clé de la solution est dans le consentement. Selon mon expérience, la raison pour laquelle on nous interdit d'accéder aux renseignements personnels est plutôt la peur de la discrimination à un autre niveau. Je le répète, même si cela ne semble pas répondre directement à votre question, mais pour une raison qui m'échappe les craintes concernant la protection des renseignements personnels disparaissent presque toujours lorsque disparaissent les stigmates.

Le président : Ainsi, les observations du Dr Woodside à l'effet que les psychiatres qui traitent les maladies mentales sont soumis à des règles de protection de renseignements personnels beaucoup plus rigoureuses depuis fort longtemps et depuis plus longtemps que pour le reste de la profession médicale, sont une indication claire du stigmat. Dans la réalité, les gens qui ont eu des problèmes de santé physique sentent moins la nécessité de le cacher. Ce n'est pas qu'ils ne veulent pas que les renseignements demeurent privés, mais si quelqu'un découvrait ces renseignements, ils pourraient s'en accommoder. Par contre, si on découvrait qu'ils avaient souffert d'un problème de santé mentale, alors là tout change. Et je soupçonne que l'origine de vos règles puisse être associée à cet aspect.

Le sénateur Cook : Pour vous aider à mieux situer le contexte de mes questions, je vous dirais que je viens de Terre-Neuve-et-Labrador où les problèmes sont les mêmes qu'ailleurs au Canada, mais où les ressources, c'est-à-dire des gens comme vous, sont très disparates. La province compte un hôpital de soins tertiaires. Quand j'entends parler de groupes et de soins primaires et de toutes ces choses, j'aimerais bien pouvoir accéder à ces ressources. Compte tenu de l'endroit où nous sommes, il faudra un peu plus de temps avant que l'impossible ne se réalise.

Je voudrais m'attarder à la structure, parce que si nous avons l'intention de nous embarquer dans une aventure, c'est ce qu'il faut faire. Le Dr Woodside a recommandé l'établissement d'un centre de santé mentale au sein de l'organisme de santé publique, et le Dr Schumacher a parlé d'un centre de santé mentale au sein

where I live, with 500,000 people, which is equivalent to just a small corner of the Greater Toronto area. I can see that as a positive for my province.

I want to go a step further. Last year, the people who govern this land signed a 10-year health accord, so we have to work within the parameters of that. We will be moving forward in what I would call trying to put a quart into a pint bottle. Addressing the needs we are hearing about here will challenge the best of us. I am interested in hearing if you would support dedicated funding for this centre so that within public health or Health Canada, you do not have to fight for the money that you need to do the jobs that need to be done.

I will leave the structure for a moment and go on to the human resources that are necessary to deal with the issue. We are looking at a long time, probably 10 years. Is there an opportunity here for federal bursary programs? Should we be looking at not only a curriculum for medical schools but also extra training for nurse practitioners? Do we do it through telemedicine? Are we looking at a curriculum for teachers so they can recognize issues before it is too late? Where are we with all those bits and pieces?

Ideally, a cluster means a group of learned people who can take care of the total person. For my province, that is a dream that will take a long time to become reality. Nevertheless, I think we should strive to do it. We talk about sociologists. We talk about psychologists. We know what the funding is under the Canada Health Act and medicare. Some of those people are outside of that jurisdiction. We need to offer a seamless delivery that treats the total person.

Those are the challenges that we have to look at here first, and if we are to start, Dr. Sacks, yes, let us start at the beginning. Let us start with our children. Let us get this right. In the meantime, we have to maintain the status quo.

I heard you talk about your anorexia nervosa wait list. I experienced a young person's life being turned around with the aid of a dietician and a psychologist who was writing her master's on eating disorders. Because of dedicated people like you, that life was turned around.

While we aim for the ideal, I would like to hear you say what is possible now, and how we can work together in the present environment. I hear that 70 per cent of family physicians have not had a lot of training, if any, in mental health issues. I do not know if that is so or not. As we move forward, I think we have to do so from a human resource perspective. What can we offer in the current system, whether teleconferencing, telemedicine,

de Santé Canada. J'aimerais que vous réfléchissiez à cela dans le contexte de mon lieu de résidence, là où il y a 500 000 personnes qui représentent l'équivalent d'une petite partie de la Région du Grand Toronto. Cela serait positif pour ma province.

Permettez-moi d'aller un peu plus loin. L'an dernier, les gens qui gouvernent notre pays ont signé un accord de santé de 10 ans, de sorte que nous devons travailler dans les limites de ces paramètres. Pendant ce temps, nous chercherons à faire ce que j'appellerais « verser le contenu d'un litre dans une chopine ». Nous aurons tout un défi à relever pour aborder les besoins dont vous nous parlez. Je suis curieuse de savoir si vous êtes favorable à un financement consacré à ce centre de sorte qu'en matière de santé publique, ou même du côté de Santé Canada, il ne soit pas nécessaire de se battre pour obtenir l'argent requis pour faire le travail qui doit être fait.

Je délaisse pour un moment la structure pour parler des ressources humaines requises pour aborder le problème. Il faudra beaucoup de temps, probablement une dizaine d'années. Y a-t-il des possibilités d'établir des programmes de bourses d'études fédérales? Ne devrions-nous pas examiner, non seulement la possibilité d'un programme pour les écoles de médecine mais aussi pour une formation supplémentaire pour les infirmiers et les infirmières? Faut-il avoir recours à la télémedecine? Avons-nous pensé à un programme d'études pour les enseignants afin qu'ils puissent reconnaître les problèmes avant qu'il ne soit trop tard? Où en sommes-nous avec tous ces éléments?

Idealement, le noyau est un groupe de personnes savantes qui peuvent s'occuper de toute la personne. Dans le cas de ma province, il s'agit d'un rêve qui est encore loin de la réalité. Malgré cela, je crois que nous devrions tendre vers cette solution. Nous avons parlé de sociologues. Nous parlons de psychologues. Nous savons ce qu'est le financement en vertu de la Loi canadienne sur la santé et le régime d'assurance-maladie. Certaines personnes échappent à cette juridiction et nous nous devons d'offrir l'accès à un système qui traite de la personne dans son entier.

Ce sont donc les enjeux sur lesquels nous devons d'abord nous pencher. Si nous devons commencer quelque part, Dr Sacks, commençons par le début. Commençons par nos enfants. Faisons les choses correctement, mais entre-temps nous devons maintenir le statu quo.

Je vous ai entendu parler de votre liste d'attente pour le traitement de l'anorexie mentale. J'ai connu une jeune personne dont la vie a été transformée grâce à l'intervention d'une diététiste et d'une psychologue qui préparait sa thèse de maîtrise sur les troubles de la nutrition. C'est grâce à des personnes engagées comme vous l'êtes que cette personne a pu retrouver une vie normale.

Nous cherchons à atteindre l'idéal, mais j'aimerais vous entendre dire ce qu'il est possible de faire maintenant, et comment nous pourrions travailler dans le contexte actuel. On me dit que 70 p. 100 des médecins de famille n'ont pas eu une formation poussée en ce qui a trait aux questions de santé mentale. Je ne sais pas ce qu'il en est véritablement. J'estime que si nous voulons avancer, nous devons le faire d'un point de vue de

consulting, to enable my province to have a mobile cluster of learned people so all the pieces might work? I would like to hear your opinions.

The Chairman: That is a good range of questions.

Dr. Woodside: The answer to the question, Senator Cook, is yes. You are right. It will take a long time. If we never start, we will never get there. One of the disadvantages for a province the size of Newfoundland and Labrador is that there is a lot of space and not many people. There is no fish, and maybe there is oil and maybe there is not. There is a resource problem. The advantage is that you can think about it. It is a size that you can actually comprehend in your head. If you ask me to solve the problem in Toronto, my head will explode trying to think about it. It is too big and complicated a problem. If you asked me to consult with people in Newfoundland and Labrador for a year to develop a mental health system that will suit that province, I could probably do that because it is small enough.

Some of the things you propose as a committee may, initially, in fact be more suited to most of the space in this country, the relatively sparsely populated rural areas and smaller communities, because people can think about that.

All of the things that you describe will be part of the solution, and that will be different for Labrador than for Prince Edward Island, Nova Scotia or Newfoundland. As Dr. Keon indicated, you will start at the community level and state that this is the goal. This is what we want to provide for the population, what we want people to have access to. Here is a basket of things that might help. They may be useful strategies.

Let us have you help us design a strategy that will work for your community. It will work best where people can think about it rather than being overwhelmed by the magnitude of the problem.

Dr. Schumacher: First, let me reassure you about medical education. The curriculum is already pretty chock full. While you are right that formal training in geriatrics might be only 1 per cent, and formal training in pediatrics might be 1 per cent, the reality is from the first day in medical school, 30 per cent of our contacts are with seniors and 30 per cent of our contacts are with paediatric patients because they see physicians disproportionately more than others. Therefore, while the absolute training and textbook time might be less, the reality of the experience is that we have daily contact with those kinds of people.

ressources humaines. Que pouvons-nous offrir dans le système actuel, qu'il s'agisse de téléconférence, de télémédecine, de consultation, pour que ma province puisse disposer d'un groupe mobile de personnes savantes, qui fasse en sorte que tous les éléments puissent fonctionner? J'aimerais entendre votre opinion à ce sujet.

Le président : Voilà une gamme de questions assez complète.

Le Dr Woodside : La réponse à la question, sénateur Cook, est oui. Vous avez raison, il faudra beaucoup de temps. Si nous ne commençons pas, nous n'y arriverons jamais. Un des inconvénients dans le cas d'une province de la taille de Terre-Neuve-et-Labrador est qu'il y a beaucoup d'espace, mais peu de gens. Il n'y a pas de poisson, et il pourrait y avoir du pétrole. Mais il y a un problème de ressources. L'avantage, c'est qu'il est possible d'y réfléchir. Il s'agit d'un problème que l'on peut facilement comprendre. Si vous me demandez de régler le problème à Toronto, mon cerveau ne tiendra pas le coup parce que le problème est trop grand et trop complexe. Si vous me demandez de consulter les gens à Terre-Neuve-et-Labrador pendant un an en vue d'élaborer un système de santé mentale qui sera adapté à la province, je serai probablement en mesure de le faire parce qu'il s'agit d'un problème de taille réduite.

Certaines des choses que votre comité propose pourraient, au départ, être mieux adaptées à la plupart des régions de notre pays, aux régions qui comptent une population rurale dispersée et aux plus petites collectivités, parce que les gens sont capables de penser en ces termes.

Tout ce que vous décrivez, fera partie de la solution et cette solution sera différente pour le Labrador de ce qu'elle ne pourrait être pour l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse ou Terre-Neuve-et-Labrador. Comme l'a dit le Dr Keon, vous devrez commencer au niveau de la collectivité et vous dire qu'il s'agit de l'objectif. C'est ce que nous voulons offrir à la population. Nous voulons que les gens puissent accéder à ces services. Pour y arriver, voici un ensemble d'éléments, de stratégies utiles qui pourraient aider à atteindre le but.

Aidez-nous à concevoir une stratégie qui sera adaptée à votre collectivité. Il sera plus facile d'y arriver dans un contexte où les gens sont capables de l'envisager plutôt que d'être complètement obnubilés par l'ampleur du problème.

Le Dr Shumacher : Laissez-moi d'abord vous rassurer au sujet des études en médecine. Le programme est déjà très complet. Bien que vous ayez raison de penser que l'enseignement en gériatrie ne représente qu'un pour cent, que la formation officielle en pédiatrie ne représente peut-être qu'un pour cent, dans la réalité, à compter de l'entrée à l'école de médecine, 30 p. 100 des contacts se font avec des personnes âgées et 30 p. 100 des contacts se font avec des patients en pédiatrie parce que cette clientèle consulte beaucoup plus les médecins que d'autres. Par conséquent, bien que la formation et les manuels scolaires représentent une proportion moindre, dans la réalité, nous avons des contacts quotidiens avec cette clientèle.

The same is true for mental illness, where 30 per cent of the encounters I have as a family doctor have some emotional component to them. That is just the way it is. If you are not good at it from day one, you will be pretty good at it by day five.

I wish to touch again on screening. It is one of the most important things we can do better right away. One of the most useful acts in my office is to remove the stigmatism attached to this. I have this nice little coloured card in every examining room that just sits there. I try to keep the examining room fairly uncluttered. It displays the different types of symptoms of depression. It makes up two words. It has "sad" and "faces" with an "I" in between. Each letter stand for one of the symptoms, whether it is a problem with sleep, increased or decreased appetite. The last one is "thinking about suicide." It will sit there and people will look at it while they are waiting. They will indicate that they are scoring about 6 out of 9 on that one. It removes the stigmatism attached to the idea of mental health because it is there for them to look at. It is the same as if I have another poster there. You would be offended if I started to ask you about your risk for AIDS. However, if I have a poster in the waiting room that asks questions about HIV, you are likely to walk in and ask questions, such as what is the big deal with HIV, and we can start the conversation. That is one of the easiest ways we can do that. Every physician's office is a safe place to talk about mental illness.

Where should this centre be located? I think it has to be in Health Canada. I do not think we can have one building for somatic and physical illness and a separate building for mental illness. The two have to go hand in hand. The person in charge has to be in the middle of everything. We have to adequately treat and assess mental illness within the federal government first. If we cannot bring the resources into Ottawa or other big centres that need psychologists, social workers, and integrate everything in a place where people have reasonable benefit plans, then where in the country can we? Therefore, as much as we need to start at the beginning, we also need to pick the low-hanging fruit. The federal civil service is the low-hanging fruit. If we want to get to a group in a really good way, let us go there first and use that as a shining example.

The Chairman: Dr. Sacks, do you have any comments?

Dr. Sacks: I appreciate that Newfoundland is different from Ontario, but I envision a national institute as being a place where we can collaborate and inform. At the annual meeting of the Canadian Paediatric Association, it is wonderful to hear what other people are doing. I wish I had known. I am one of the reviewers of the institute of child centres of excellence. I get many proposals for research. I am amazed how people 200 kilometres away do not know that someone else is trying to research

La même chose s'applique à la maladie mentale, où 30 p. 100 des consultations que je donne en tant que médecin de famille comportent un élément relié aux émotions. C'est ainsi que sont les choses. Si vous n'êtes pas apte à fonctionner le premier jour, vous le deviendrez dès le cinquième.

Permettez-moi de revenir au dépistage. C'est une des choses les plus importantes que nous pouvons faire maintenant. Un des actes les plus utiles dans mon cabinet est d'éliminer le stigmate relié à cet aspect. J'ai placé dans toutes mes salles d'examen une jolie petite carte en couleurs. J'évite d'encombrer les salles d'examen. Sur cette carte se trouve une description de différents symptômes de dépression. Il y a deux mots : « sad » et « faces » et la lettre « I » entre les deux. Chaque lettre représente un des symptômes, qu'il s'agisse d'un trouble du sommeil, d'un problème d'appétit ou de manque d'appétit. La dernière concerne le suicide. Les patients qui attendent doivent la regarder. En général, ils constatent que six des neuf problèmes s'appliquent à eux. Cette approche élimine le stigmate rattaché à l'idée de la santé mentale parce que les patients peuvent regarder la carte et s'y retrouver. C'est la même chose que si j'avais une affiche. Vous seriez blessé si je vous demandais quels sont les risques que vous courez d'avoir le sida. Toutefois, si j'ai placé une affiche dans la salle d'attente qui pose des questions au sujet du VIH, vous serez plus probablement porté à en parler et à poser des questions, par exemple qui a-t-il de si important concernant le VIH. Cela permet d'amorcer la conversation. C'est une des façons les plus douces de le faire. Le cabinet de tout médecin est un endroit sûr où parler de santé mentale.

Où faudrait-il situer ce centre? Selon moi, il faudrait qu'il soit créé au sein de Santé Canada. Je ne pense pas qu'il soit possible de disposer d'un édifice pour les troubles somatiques et physiques et d'un autre édifice pour la santé mentale. Ces deux volets doivent cohabiter. La personne en charge doit être au cœur de l'action. Il faut d'abord traiter de la question de santé mentale de manière appropriée au sein du gouvernement fédéral. S'il est impossible de réunir les ressources à Ottawa ou dans un autre centre d'importance qui a besoin de psychologues, de travailleurs sociaux et d'intégrer tout ce monde dans un seul endroit où les gens pourront profiter de régimes d'avantages sociaux raisonnables, où pourrait-on installer un tel centre ailleurs au pays? En conséquence, nous devons commencer par le commencement, c'est-à-dire tirer profit des ressources existantes. La fonction publique fédérale est la ressource existante. Si nous voulons rejoindre un groupe donné, nous devons d'abord nous tourner du côté de cette ressource et nous en servir à titre d'exemple.

Le président : Docteur Sacks, avez-vous d'autres observations à faire?

La Dre Sacks : Je comprends que Terre-Neuve-et-Labrador soit différente de l'Ontario, mais j'envisage un institut national où les intervenants puissent collaborer et informer. Lors de l'assemblée annuelle de l'Association canadienne de pédiatrie, il a été merveilleux d'entendre parler de ce que font d'autres collègues. J'aurais aimé savoir. Je suis un des examinateurs des centres d'excellence de l'Institut. Je reçois de nombreuses propositions de recherche et je suis surpris de constater que les

something very similar to what they are doing. We certainly need a place where we can increase collaboration. They are both good projects, why cannot they work on it together?

Dr. Woodside: Just a brief supplementary comment. There is no solution where one size fits all, and that is where the federal government comes in. It sets a standard, such as nobody should wait more than 30 days after their depression is diagnosed to receive treatment. Those from Newfoundland and Labrador will say, "How will we do that?" People from Health Canada will say, "Here are 200 great ideas. Which ones do you think will be helpful for you?"

Senator Dyck: I am from Saskatchewan. As you may know, in Saskatchewan we have what I call a brown baby boom. We have a very large and growing population and we are predicting that in about 25 years, 50 per cent of the children within the public system will be Aboriginal. Therefore, in terms of pediatrics and the incidence of any medical illness, it would represent a significant challenge.

My question relates to screening. You were saying you have screening tools available. I am wondering if they would be as reliable in an Aboriginal population as they would in a Caucasian population. As an Aboriginal person, I get a little nervous about tagging. When you were talking about different cultural populations, you mentioned that you were worried that you might be missing certain mental illnesses in the new immigrant population. My fear is the exact opposite. You might be picking up things that really are not mental illness.

Dr. Sacks: Those are very important issues. The Canadian Paediatric Association has a First Nations and Inuit committee, and in May we will be having a First Nations and Inuit summit on the major issues of this group. It will include a strong bias toward mental health issues. As you know, the degree of adolescent alcoholism and suicide in this population is absolutely untenable. It is just a national disgrace. The present screening tools will have to be modified with the help of our First Nations and Inuit colleagues.

In fact, that is one of the major goals of the summit, to pick out these circumstances.

I used the word "tag" and I knew that it would get people's back up. However, if we can help people, then we should tag them, because we know it will not go away and we know what happens if they are not treated. If we cannot help because we do not have the tools, and that may be true of the cultural population that we see, then there is no reason to tag. In fact, it can be dangerous. However, I think, certainly with the help of colleagues and working together, we will develop those tools quite easily. The tools that have been developed are certainly multicultural

gens qui travaillent à 200 kilomètres de chez moi ne savent pas que quelqu'un d'autre fait des recherches dans un domaine similaire au leur. Nous avons assurément besoin d'un centre qui favorise la collaboration. Ce sont deux bons projets et je me demande pourquoi les responsables ne cherchent pas à travailler ensemble.

Le Dr Woodside : J'aimerais faire une observation supplémentaire. Il n'y a pas de solution unique et c'est là où le gouvernement fédéral doit intervenir. C'est lui qui établit les normes de sorte que personne ne devrait être obligé d'attendre plus de 30 jours après le diagnostic d'une dépression pour recevoir un traitement. Les gens de Terre-Neuve-et-Labrador se demanderont comment y parvenir et les fonctionnaires de Santé Canada leur répondront qu'ils ont accès à « 200 idées extraordinaires » parmi lesquelles choisir.

Le sénateur Dyck : Je suis de la Saskatchewan, et comme vous le savez, la province connaît ce que j'appellerais une explosion démographique d'enfants de couleur. Nous avons une très importante population en pleine croissance et nous prévoyons que d'ici 25 ans, 50 p. 100 des enfants dans le système public seront autochtones. Par conséquent, la situation et l'incidence de maladies mentales présenteront un défi de taille pour la pédiatrie.

Ma question est reliée au dépistage. Vous disiez avoir des outils de dépistage. Je me demande s'ils sont aussi fiables pour une population autochtone qu'ils le sont pour une population caucasienne. En tant qu'Autochtone, je suis un peu nerveuse face à l'étiquetage. Quand vous avez parlé des différentes populations culturelles, vous avez dit craindre de passer outre à certains problèmes de maladie mentale au sein de la population de nouveaux immigrants. Ma crainte est exactement à l'opposé. Vous pourriez relever des choses qui n'ont rien à voir avec un problème de santé mentale.

La Dre Sacks : Ce sont des questions très importantes. L'Association canadienne de pédiatrie a un comité des Premières nations et des Inuits, et en mai nous tiendrons un sommet des Premières nations et des Inuits sur les questions principales de ce groupe. Ce sommet aura un important volet sur les questions de santé mentale. Comme vous le savez, l'incidence d'alcoolisme et de suicide chez les adolescents de cette population est absolument scandaleuse. C'est une disgrâce nationale. Les outils actuels de dépistage devront être modifiés avec l'aide de nos collègues des Premières nations et des Inuits.

De fait, c'est un des objectifs majeurs de ce sommet, c'est-à-dire délimiter ces problèmes.

J'ai utilisé le mot « étiquette » et je savais que cela indisposerait. Toutefois, si nous pouvons aider les personnes, nous devrions par conséquent les étiqueter. Nous savons que le problème ne disparaîtra pas et nous savons aussi ce qui se produit quand le problème n'est pas traité. Si nous ne pouvons aider parce que nous ne disposons pas des outils nécessaires, et cela peut fort bien s'appliquer aux populations culturelles qui nous consultent, il n'y a aucune raison d'étiqueter. De fait, cette pratique peut être dangereuse. Toutefois, je suis persuadée que nous parviendrons à

from the standpoint of many of the cultures that we are seeing in Canada now, but not the Aboriginal culture, you are right.

Dr. Woodside: The purpose of screening is to identify individuals who require further assessment. The purpose of screening is not diagnosis. I will just translate your comments to another field. If we accept your reasoning, we should not do screening Pap smears on women because some women will be falsely identified as possibly having cervical cancer, and we could not have that, could we? The purpose of screening is to pick up the kids who are at risk and do a thorough assessment on them to decide whether they have a depression or not. In mental health, under-diagnosis is the problem, not over-diagnosis. The screening should not stigmatize anybody. Neither should the diagnosis. The screening is to figure out who needs more attention.

We screen across the entire practice of medicine, and I think this is a table where people are pro-mental health; we think about our own attitudes. Maybe we should not screen because people might be defined as at risk when they do not have the illness. We would not think like that in any other area of health care, not a single one, because it is so important to identify the people who are suffering and offer them treatment.

The Chairman: The stigma makes people very reluctant at times.

Dr. Schumacher: If we look at the Aboriginal community as a whole and not specifically the pediatric community, that community carries a greater burden of chronic illnesses, diabetes being one of them. One of the things we have learned in general medicine is that when men have heart attacks, within a year 50 per cent of them will suffer from clinical depression. That is so high that you should think about intervening with everybody who has had a heart attack or bypass surgery. Retrospectively, we should probably have been putting all of Dr. Keon's patients on anti-depressants right in the hospital. The same applies to rheumatoid arthritis, the same applies to diabetes.

We are more cognizant of the fact that those people have a much higher risk of depression than others. You have to be much more proactive. You cannot passively let the sign that says "ask me about depression" sit there. You have to get in there and ask those questions. If we are identifying the populations at risk, yes, we will ask those questions more often, for good reason, as part of the screen and because we have paid attention. We have ignored cardiac illness in women for too long. We have underplayed their symptoms. We have underplayed them in other situations. This extra attention on the part of health care providers is not a bad thing; it is probably a good thing.

développer des outils assez facilement avec l'aide de nos collègues, si nous travaillons ensemble. Les outils qui ont été mis au point sont d'application multiculturelle du point de vue de plusieurs des populations culturelles que nous voyons au Canada, mais non du point de vue de la culture autochtone. À cet égard, vous avez raison.

Le Dr Woodside : Le but du dépistage est d'identifier les personnes qui devront faire l'objet d'une évaluation plus approfondie. Le dépistage n'est pas un diagnostic. Je transposerai vos observations à un autre domaine. Si nous suivons votre raisonnement, nous ne devrions pas soumettre les femmes au test de PAP parce que certaines d'entre elles seront identifiées, à tort, comme pouvant avoir un cancer du col de l'utérus, et nous ne voudrions pas en arriver là, n'est-ce pas? Le but du dépistage est de repérer les enfants à risque et ensuite, de faire une évaluation approfondie de ces enfants pour déterminer s'ils souffrent de dépression ou non. En santé mentale, le problème c'est le manque de diagnostic et non le contraire. Le dépistage ne devrait stigmatiser personne. Pas plus d'ailleurs que le diagnostic. Le dépistage est une façon de savoir qui a besoin d'une plus grande attention.

Tous les médecins font du dépistage, et je pense que nous tous ici sommes favorables à la santé mentale. Nous pensons à nos propres attitudes. Peut-être ne devrions-nous pas faire de dépistage parce que les gens pourraient être définis comme étant à risque alors même qu'ils n'ont pas de maladie. Nous ne penserions même pas comme ça dans un autre secteur des soins de santé parce qu'il est très important d'identifier les personnes qui souffrent et de leur offrir un traitement.

Le président : Le stigmate rend parfois les gens très hésitants.

Le Dr Shumacher : Si on considère la collectivité autochtone comme un tout et non uniquement du point de vue des pédiatres, cette collectivité porte un lourd fardeau de maladies chroniques, notamment de diabète. Nous avons appris en médecine générale que 50 p. 100 des hommes qui font un arrêt cardiaque, souffriront de dépression clinique au cours de l'année qui suivra. Ce taux est si élevé que l'on serait porté à intervenir auprès de toute personne qui a fait un arrêt cardiaque ou qui a subi un pontage. Rétrospectivement, nous aurions probablement dû prescrire à tous les patients du Dr Keon des antidépresseurs pendant qu'ils étaient à l'hôpital. La même chose s'applique à la polyarthrite rhumatoïde et au diabète.

Nous sommes plus conscients du fait que ces personnes courent un plus grand risque de dépression que d'autres. Il faut être plus proactif et éviter de nous en remettre à l'affiche qui se lit « Parlez-moi de la dépression ». Il faut poser les questions directement aux patients. Pour identifier les populations à risque, il faut poser des questions plus souvent dans le cadre du dépistage. Nous portons attention à ces problèmes. Nous avons ignoré trop longtemps les problèmes cardiaques chez les femmes, nous en avons sous-estimé les symptômes. Nous avons également sous-estimé ces symptômes dans d'autres situations. L'attention supplémentaire qui est apportée par les fournisseurs de soins de santé n'est pas une mauvaise chose; c'est probablement même une bonne chose.

Senator Dyck: The difference in screening adult women is that they are adults, and it is done in private. A screening that is done in a school system is on children, and if it is done in a more private way so they are not stigmatized, and if the tagging does not then become a label, that is a better situation. Going back to your example of education, if there is a system in place whereby it is seen as a normal practice and not as segregation or labelling or tagging, it would make a difference.

Senator Fairbairn: Dr. Woodside spoke of the importance of public awareness. I noticed that there is reference to that in the documents. From the perspective of this committee, the issue of federal funding, how and where, would be a very important one.

It seems to me that this is crucial in getting to where you want to go. In a sense, it is also one of the most difficult things to do. It is fair to say that some of the media now spend a lot more time writing about mental illness and the various incidents that happen in communities. Very often, it is after the fact, and it is a tragedy. I am thinking of how much public awareness has been generated, for instance, through television, the Internet and everything else. I am thinking particularly of some of the ads that are put out. I believe there is federal funding for some of them. I think of smoking. A woman who was a waitress here in Ottawa has gone onto the airwaves and personally across this country to say she is dying of lung cancer because of second-hand smoke, never having smoked a day in her life. It is a powerful personal message. There are others that have to do with alcohol and, of course, driving, and what alcohol does to families.

It would seem to me that this is such a huge issue, such a personal issue. All of our systems always need pressure in order to produce, and pressure ultimately has to come from the public. This is something that should be high on your list, and I suppose you would want to know more, and this committee certainly would, about how you can present that to the people whom you want to fund it. Mental Health Awareness Week is great, but it is a week. This is something on which you want to be consistent. Could you give us some suggestions, because this is certainly within the realm of a federal responsibility? Also, perhaps tell us, in your discussions with, be it Health Canada or some other part of government, what kind of reaction you have had from people in public life, whether it is federal, provincial or whatever, to taking this on as a cause. You mentioned children, start with children, because by the time people get into adulthood, the situation is not just worse for the individual, it is also worse for the public purse because it goes on and on. To me, it is a very critical part of the equation in moving this issue toward greater understanding and greater action. I am wondering if you see a spark of success anywhere along the line, or even promise in some of the discussions that you may have had with people in government.

Le sénateur Dyck : La différence en matière de dépistage des femmes adultes est justement que ce sont des adultes et que le dépistage se fait en privé. Un dépistage qui se fait à l'école auprès des enfants doit être plus discret afin de ne pas stigmatiser. S'il n'est pas nécessaire d'étiqueter, tant mieux. Pour en revenir à votre exemple de l'éducation, s'il existait un système qui serait perçu comme une pratique normale et non pas comme un système de ségrégation ou d'étiquetage, cela ferait une grande différence.

Le sénateur Fairbairn : Le Dr Woodside a parlé de l'importance de sensibiliser le public. On y trouve une référence dans les documents qui nous ont été fournis. Du point de vue de notre comité, la question du financement fédéral, y compris la façon de le faire et les bénéficiaires, serait une question importante.

Cela me semble essentiel à votre démarche. Dans une certaine mesure, c'est aussi une des choses les plus difficiles à faire. On peut dire que certains médias passent plus de temps à rédiger des articles sur la santé mentale et sur les divers incidents qui se produisent dans les collectivités. Bien souvent, cela se fait après-coup, et c'est là le drame. Je pense notamment à la sensibilisation du public qui se fait par l'entremise de la télévision, de l'Internet et des autres médias. Je pense aussi en particulier à certaines annonces qui sont publiées. Je crois certaines de ces campagnes bénéficient d'un financement fédéral, plus particulièrement la campagne de lutte contre le tabagisme. Une personne qui travaillait comme serveuse à Ottawa s'est servie des médias pour dire partout au pays qu'elle se mourait d'un cancer du poumon attribuable à la fumée secondaire, malgré qu'elle n'ait jamais fumé de sa vie. Il s'agit là d'un message personnel très fort. Il y en a d'autres qui concernent la consommation d'alcool et, bien entendu, la conduite en état d'ébriété et sur les effets de l'alcoolisme dans les familles.

Cela me semble être un problème considérable, un problème personnel. Chose curieuse, tous nos systèmes ont besoin d'une certaine pression pour donner des résultats, et cette pression doit, en bout de ligne, venir du public. Voilà une chose qui devrait figurer en tête de votre liste et je suppose que vous voudriez en savoir davantage, que votre comité aimerait en savoir davantage sur la façon dont vous présenterez la situation à ceux qui accordent le financement. La semaine de sensibilisation à la santé mentale est une très bonne initiative, mais elle ne dure qu'une semaine. Voilà un aspect pour lequel il faut de la constance. Pourriez-vous nous donner des suggestions, parce qu'il s'agit là d'une question qui relève assurément d'une responsabilité fédérale? Peut-être pourriez-vous nous parler aussi du type de réaction que vous avez eue du public, soit du fédéral, soit du provincial face à cette cause lors de vos discussions avec Santé Canada ou avec d'autres niveaux du gouvernement. Vous avez mentionné les enfants. Vous avez dit qu'il fallait commencer par les enfants, car une fois arrivés à l'âge adulte, la situation n'est pas seulement pire pour l'individu, elle l'est également pour le Trésor public, et ainsi de suite. Selon moi, il s'agit d'un élément essentiel de l'équation pour en arriver à une plus grande compréhension et à des mesures plus immédiates. Je me demande si vous voyez un espoir de succès dans votre démarche ou dans les discussions que vous pouvez avoir eues avec les fonctionnaires.

Dr. Woodside: Someone has to take the lead. We are willing to help. We think there is a role for the federal government as well. You commented on the woman who is going across the country dying from cancer very publicly. Forty years ago she probably would not have admitted that she had cancer. She would have felt too badly about that. Attitudes do change over time.

The federal government can say, "It is okay to have a mental illness, it is okay to come forward, you deserve treatment; we are making this a priority and we will tell everyone that the needs of this segment of the population have been neglected and now have to be addressed." That is an important step in allowing people to feel more comfortable about saying, "I guess I do need some help." Most people with mental illness know they are ill. They are not in denial about that. There are exceptions, but most people know they are sick. There are advocacy groups, but their funding is a patchwork. We are suggesting that the mental health agency, however it might be constituted, perhaps have a coordinating role to help fund or organize financial support for non-governmental advocacy groups, family groups, consumer groups and so on. It is possible to generate consensus among these groups.

CPA is part of a group called CAMIMH. We held a summit two or three years ago with 27 national mental health advocacy groups. We were able to agree on a five-point plan to make a start on reforming the mental health system. There are things that people agree on. The federal government needs to help. It needs to make public statements about how important this is, so that the other people who are attempting to advocate about increased awareness, about the importance of treating those with mental illnesses, do not feel they are just left hanging. That is why we advocate strongly for the federal government to take a leading role in assisting in both funding public awareness directly and coordinating funding efforts for other non-governmental advocacy groups in the mental health area.

If there is a consolidated effort over a long time, it will be like cancer. Thirty or forty years from now there will be someone going across the country talking about their bipolar disease, or whatever. It will take time. It is worth the effort. We know how to do it. We have done it with other illnesses.

Senator Fairbairn: In your discussions with government, what has the response been?

Dr. Schumacher: The response, unfortunately, has not been the \$800 million that was invested in Aboriginal health and not the \$800 million that was invested in public health. You need a big number like that to make an impact on a national issue that is as prevalent as this one.

Le Dr Woodside : Quelqu'un doit prendre l'initiative. Nous sommes tous disposés à aider. Selon nous, il s'agit aussi d'un rôle pour le gouvernement fédéral. Vous avez parlé de la femme qui parcourt le pays pour dire publiquement qu'elle se meurt d'un cancer. Il y a 40 ans, elle n'aurait probablement pas reconnu qu'elle souffrait d'un cancer; elle aurait été trop embarrassée par cette situation. Les attitudes changent avec le temps.

Le gouvernement fédéral peut dire qu'il est acceptable d'avoir un problème de santé mentale, qu'il est acceptable d'en parler et que la personne mérite d'être traitée. Il peut dire aussi qu'il en fait une priorité et il peut dire que les besoins de ce segment de la population ont été négligés et qu'il est maintenant temps de corriger la situation. C'est là une démarche importante pour permettre aux gens de se sentir plus à l'aise de dire qu'ils ont besoin d'aide. La plupart des personnes qui souffrent d'un problème de santé mentale savent qu'ils sont malades. Elles ne le nient pas. Il y a pourtant des exceptions, mais la plupart des gens qui sont malades le savent. Il y a aussi des groupes de défense des intérêts, mais leur financement est disparate. Nous suggérons que l'agence de santé mentale, peu importe sa structure, puisse jouer un rôle de coordination pour aider à financer, ou du moins à organiser un soutien financier pour les groupes non gouvernementaux de défense des intérêts, pour les groupes de famille, pour les groupes de consommateurs, et ainsi de suite. Il est possible de générer un consensus parmi ces groupes.

L'APC fait partie de l'ACMMSM. Nous avons participé à un sommet il y a deux ou trois ans avec 27 groupes de défense des intérêts nationaux en matière de santé mentale. Nous avons pu nous entendre sur un plan en cinq points pour amorcer une réforme du système de santé mentale. Ce sont des éléments sur lesquels il est possible de s'entendre. Le gouvernement fédéral doit aider et il doit faire des déclarations publiques sur l'importance de cette démarche afin que les autres intervenants qui tentent de sensibiliser le public, de parler de l'importance de traiter les personnes qui souffrent de santé mentale, ne se sentent pas isolés. C'est pourquoi nous insistons fortement pour que le gouvernement fédéral joue un rôle de leader pour aider à financer directement les campagnes de sensibilisation du public et à coordonner les efforts de financement des autres groupes de défense non gouvernementaux dans le domaine de la santé mentale.

S'il y a un effort concerté à long terme, ce sera comme dans le cas du cancer. Dans 30 ou 40 ans d'ici, il y aura peut-être quelqu'un qui parcourt le pays pour parler du problème de bipolarité ou d'autres troubles semblables. Il faudra du temps, mais l'effort en vaut le coup. Nous savons comment le faire, nous l'avons fait dans le cas d'autres maladies.

Le sénateur Fairbairn : Quels ont été les résultats de vos discussions avec le gouvernement?

Le Dr Shumacher : Malheureusement, la réponse n'a pas été les 800 millions de dollars qui ont été investis pour la santé des Autochtones ni les 800 millions de dollars qui ont été investis en santé publique. Il en faut beaucoup plus pour avoir une incidence quelconque sur une question nationale aussi importante que celle-là.

It has been tackled with some very small budget diversions, not any kind of substantial investment that the federal government has recently made in other areas. It is very important. When the five priority areas for wait-list times, on reducing wait times for heart, hip, knee and cataract surgeries, were announced, one of the first things that Dr. Woodside and I said was, "Where was mental health?" As far as we were concerned, although it might not be number one on the list, it is at least number six. This should be recognized. We have to do everything we can to ensure that psychiatric mental health and other services receive the same level of respect that cardiac surgery receives. Unfortunately, being a cardiac surgeon is on a par with being an astronaut; it is very cool. There are no fancy shows about psychiatrists. There was *Frazier*, but few others where the psychiatrist was the coolest person. We need to change that societal perception.

Dr. Sacks: I think most of the psychiatrists I know are very cool. Senator Fairbairn, you quoted me, although I am not sure that you were here for my presentation. Much of what you said I agree with. In respect of advertisements, we supply medical information education to give people the knowledge. That is the first step. That will eventually help them change their attitude toward the subject and then they will change their behaviour. I feel the same way about the governments we are talking to about this issue. We need to teach them that we can identify these people and provide some positive treatments. We have to teach governments. Your reports are doing that in a way that we professionals could never do. Governments must know that we are able to not only screen and diagnose, but also to provide positive treatments. That will change governments' attitude toward mental health and, hopefully, open their pocketbooks. We are willing to wait, although I am afraid our patients are not willing to wait, and may not be able to wait.

Dr. Levy: Social marketing and attitudinal changes are a big part of the difference that you can make. It takes big-ticket dollars to do this. There is also the structural issue. When you ask about the response we receive from government on this issue, it is difficult to identify which bureaucrat is at what level in the government. Occasionally, individuals show up who are dedicated people working in very diluted structures. If the federal-provincial-territorial network was not literally disbanded back in 1990, it was effectively disbanded. At every level, you cannot identify people within government with whom to speak. When you do, they are dedicated, committed and extraordinarily

On a abordé le problème en faisant de très petites diversions budgétaires mais non en faisant un investissement important comme celui qu'a fait le gouvernement fédéral dans d'autres secteurs récemment. Cela est très important. Quand les cinq éléments prioritaires pour réduire les listes d'attente, pour réduire le temps d'attente pour une chirurgie cardiaque, une chirurgie de la hanche, du genou et des cataractes ont été annoncés, le Dr Woodside et moi nous sommes d'abord demandés ce qu'on avait fait de la santé mentale. En ce qui nous concerne, même si cette question n'apparaît pas sur la liste des priorités, elle est tout de même au sixième rang. Il faudrait le reconnaître. Nous devons tout faire pour que la santé mentale et les autres services psychiatriques obtiennent le même respect que les chirurgies cardiaques. Malheureusement, le statut de chirurgien cardiaque est à peu près le même que celui d'un astronaute : c'est génial. Il n'y a pas d'émissions de qualité concernant les psychiatres. Il y a bien eu l'émission *Frazier*, mais il y en a eu très peu d'autres où le psychiatre est le personnage principal. Nous devons tenter de modifier cette perception sociétale.

La Dre Sacks : La plupart des psychiatres que je connais sont des gens très bien. Sénateur Fairbairn, vous m'avez citée, mais je ne suis pas tout à fait sûre que vous étiez ici pour entendre mon exposé. Je suis d'accord avec une bonne partie de ce que vous avez dit. En ce qui a trait à la publicité, nous fournissons des documents d'information médicale pour renseigner les gens. C'est une première étape. Éventuellement, cette approche permet de modifier les attitudes vis-à-vis la question, puis de changer les comportements. J'ai la même impression en ce qui a trait au gouvernement quand on parle de cette question. Il faut dire aux fonctionnaires que nous comprenons ce qu'ils font et que nous pouvons fournir des traitements positifs. Il faut également renseigner les gouvernements. D'une certaine manière, les rapports que vous soumettez au gouvernement font ce travail d'une manière que des professionnels ne pourraient jamais faire. Les gouvernements doivent savoir que nous pouvons non seulement faire du dépistage et poser des diagnostics, mais que nous pouvons également offrir des traitements positifs. Cela modifiera l'attitude du gouvernement vis-à-vis la santé mentale et nous ouvrira la porte à des subventions, du moins nous l'espérons. Nous sommes tous disposés à attendre, bien que nos patients ne soient pas aussi disposés que nous et qu'ils puissent être dans l'impossibilité d'attendre.

La Dre Levy : Le marketing social et le changement des habitudes sont une composante importante de l'apport que vous pouvez avoir. Pour y parvenir, il faut des budgets importants. Il y a aussi toute la question de structure. Quand vous nous demandez de vous parler des résultats que nous obtenons du gouvernement sur cette question, il est difficile de vous dire quel bureaucrate travaille à quel niveau au sein du gouvernement. À l'occasion, nous traitons avec des personnes très consciencieuses oeuvrant dans les structures très ténues. Si le réseau fédéral-provincial-territorial n'a pas été démantelé en 1990, il l'a bel et bien été par la suite. À quelque niveau que ce soit, il est impossible de trouver

frustrated because they are working within systems that create roadblocks to policy relevance.

Senator Fairbairn: When it comes to the issue of public awareness and using all of the opportunities to communicate the messages, you will probably have to address this at the political level because the direction to get something done will come from there. The message has to be communicated so people can learn, understand, feel better and be encouraged to come forward to seek help.

I will not beat the drum any further, but in this age, visual messages that can be sent to millions of people stand a fairly good chance of connecting on this difficult issue in a way that we have not known before. Perhaps it would be a good idea to address the issue using someone in the communications business. We are conscious of the issue and we will do the best we can.

The Chairman: I want to thank our panel of witnesses and give them a homework assignment. As we look at this problem, there are a couple of things that strike us in comparison to the physical health system: The mental health system is in much greater disarray than the physical health system, and with much less momentum behind it. I have two requests. First, the committee does not like to produce reports that have no impact. Our previous report is beginning to have an impact across the system, as you know. Your three organizations could help substantially by giving us a list of between five and ten specific, concrete things that could be done within 18 months of the release of the report. That could create the momentum. Many of our recommendations will take time to implement, and clearly we do not have the necessary \$800 million. I will not argue that the money is not needed, obviously. My concern is that it is so easy, because of the stigma and other issues, for government to wait us out, that the more concrete and specific you can be with your recommendations, the more we could get moving on this. We would have specifics to speak to rather than the non-specific, less tangible wish-list.

Second, assuming that we use those lists to generate initial momentum, what do we put in place to ensure that this issue does not vanish for another 20 years in the way that it has in the past? There is a real risk of that. The committee genuinely appreciates the positive comments made by all of you about our work to date. However, there is the risk that we could finish this and after three months, it could disappear. Some of us are bound and determined to do our damndest to ensure that that does not happen. You could help the committee greatly by telling us what the baby steps are to start us down that road and how we can maintain the momentum. If you can give us that by September, or any time

quelqu'un à qui s'adresser au gouvernement. Par contre, quand y parvenez, vous constatez que ce sont des gens très dévoués, engagés et extrêmement frustrés parce qu'ils doivent travailler dans des systèmes qui constituent des obstacles à la pertinence des politiques.

Le sénateur Fairbairn : En ce qui a trait à la question de la sensibilisation du public et du recours à toutes les occasions possibles de communiquer les messages, vous devrez probablement vous tourner du côté politique parce que l'orientation viendra de là. Le message permettre au public d'apprendre, de comprendre, de se sentir mieux et de se sentir encouragé à demander de l'aide.

Je n'insisterai pas davantage, mais les messages visuels qui peuvent être transmis à des millions de personnes ont une bonne chance de faire progresser ce sujet très difficile d'une manière qu'il était impossible d'imaginer auparavant. Peut-être qu'il serait bien d'aborder la question en recourant aux services d'une personne spécialisée en communications. Nous sommes parfaitement conscients du problème et nous ferons de notre mieux pour le régler.

Le président : Je remercie nos témoins et je voudrais leur donner un peu de devoirs à faire. Face à ce problème, il y a des éléments qui nous frappent en comparant la situation à celle du système de santé physique : Le système de santé mentale est en bien plus mauvais état que le système de santé physique et il ne profite d'aucun momentum. J'ai deux demandes à vous faire. Premièrement, notre comité n'aime pas préparer et soumettre des rapports qui n'ont pas de répercussions. Notre rapport précédent commence à avoir un effet dans le système, comme vous le savez. Les trois organisations que vous représentez pourraient nous aider considérablement en nous fournissant une liste de cinq à 10 choses spécifiques qui pourraient être entreprises au cours des 18 mois suivant la publication du rapport. C'est cela qui créerait un effet d'entraînement. Il faudra du temps pour donner suite à la plupart de nos recommandations et nous n'avons pas nécessairement les 800 millions de dollars requis pour le faire. Je ne conteste pas le fait que les fonds sont nécessaires, mais ma crainte qu'il est tellement facile pour les gouvernements de nous faire attendre, à cause du stigmate et d'autres questions, que plus vos recommandations pourront être concrètes et spécifiques, plus nous aurons de possibilités de progresser. Nous pourrions alors traiter d'éléments spécifiques plutôt que de parler d'éléments intangibles.

Deuxièmement, en supposant que nous utilisions cette liste pour créer un effet d'entraînement général, que devons-nous mettre en oeuvre pour que la question ne s'estompe pendant 20 autres années comme cela s'est déjà produit? Le risque est réel. Le comité apprécie grandement les observations positives que vous lui avez formulées sur le travail accompli jusqu'à maintenant. Toutefois, il y a le risque que tout disparaisse trois mois après que nous aurons terminé notre travail. Certains d'entre nous sont déterminés à user de tous les moyens possibles pour éviter que cela ne se produise. Vous pourriez grandement aider notre comité en lui disant quels sont les premiers pas à faire pour tendre vers une

before, that would be helpful to the committee. For all of the reasons you have talked about, the collective resistance within the system is enormous.

I have a final comment to Dr. Levy. Do not feel badly about not being able to find the people in the federal government responsible for mental health. We did a search and our best result was one and one-half person years in an 8,000-person department, so the odds were against it.

The Chairman: The first of our three witnesses on the next panel, continuing our hearings on mental illness and addiction, is Ms. Christine Davis, President of the Canadian Federation of Mental Health Nurses. We have heard from the Canadian Nurses Association repeatedly over the years, so we are delighted that the Canadian Federation of Mental Health Nurses is here tonight. With her is Penelope Marrett, who is the Chief Executive Officer of the Canadian Mental Health Association, and Mr. John Arnett, the new President of the Canadian Psychological Association. We had your predecessor with us a number of times in the past.

Mrs. Christine Davis, President, Canadian Federation of Mental Health Nurses, Canadian Nurses Association: I am the President of the Canadian Federation of Mental Health Nurses, which is the national voice of registered nurses working in the area of mental health, mental illness and addictions. I want to note that as of 2003, there were 12,016 registered nurses working in the area of mental health, mental illness and addictions across the country.

I would like to take this opportunity to congratulate the committee for its forward thinking in addressing such a critical issue for my fellow nurses and for Canada as a whole. Mental health, mental illness and addictions are specialty areas of health care, employing a significant proportion of the total pool of registered nurses in various settings in communities, hospitals, prisons, homeless shelters and on the street. To leave more time for dialogue, I will take this opportunity to highlight a few key points rather go through our entire written brief.

For the most part, patients cannot access one program without having first dealt with issues related to another. For too many, treatment is limited to one ailment at a time. Just as patients are asked to address one issue per visit in walk-in clinics, so is the care of mental health issues approached in a segregated manner. Unfortunately, it would seem that holistic approaches are few and far between.

solution et créer un effet d'entraînement. Si vous pouviez nous faire part de ces idées au plus tard en septembre, ou même avant, vous nous aideriez grandement. Pour toutes les raisons que vous avez évoquées, la résistance collective est considérable au sein du système.

J'ai une dernière observation à l'intention du Dr Levy. Ne soyez malheureux de ne pas être en mesure de trouver quelqu'un au gouvernement fédéral qui soit responsable de la santé mentale. Nous avons fait notre recherche et nous avons pu trouver que dans le meilleur des cas il y a l'équivalent d'une année-personne et demie au sein d'un ministère comptant 8 000 et quelques employés. Par conséquent, la situation n'est pas en notre faveur.

Le président : Nous poursuivons nos audiences sur la maladie mentale et les toxicomanies en accueillant Mme Christine Davis, présidente de la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale. Elle est la première de notre prochain groupe de trois témoins. Nous avons à maintes reprises, au fil des ans, entendu parler de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et nous sommes heureux que la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale soit représentée ici ce soir. Outre, Mme Davis, nous avons le plaisir d'accueillir Mme Penelope Marrett, directrice générale de l'Association canadienne pour la santé mentale, et M. John Arnett, le nouveau président de la Société canadienne de psychologie. Nous avons accueilli votre prédécesseur à quelques reprises par le passé.

Mme Christine Davis, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale, Association des infirmières et infirmiers du Canada : Je suis présidente de la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale, la voix nationale des infirmières et infirmiers autorisés qui travaillent dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et des toxicomanies. En 2003, il y avait 12 016 infirmières et infirmiers autorisés travaillant dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et des toxicomanies au Canada.

Je profite de l'occasion pour féliciter votre comité pour son attitude progressiste dans l'examen d'une question essentielle pour mes confrères et consœurs et pour le Canada dans son ensemble. La santé mentale, la maladie mentale et les toxicomanies sont des domaines de spécialisation qui emploient une proportion importante de l'ensemble des infirmières et des infirmiers autorisés dans les cadres divers de la collectivité, des hôpitaux, des établissements de détention, des refuges pour sans-abri et sur la rue. Pour que nous ayons davantage de temps pour dialoguer, je me contenterai de souligner certains points clés plutôt que de vous donner lecture de tout le mémoire.

De façon générale, le patient ne peut avoir accès à un programme sans avoir réglé les problèmes qui relèvent d'un autre programme. Pour un trop grand nombre, le traitement se limite à un malaise à la fois. De même, on demande aux patients de n'aborder qu'une question par visite dans les cliniques ambulatoires, et il en est de même pour les questions de santé mentale, dont l'approche est limitée. Malheureusement, il semblerait que les approches holistiques soient peu nombreuses.

There are, however, pockets of service integration across the country. For example, in British Columbia, the Ministry of Health Services has brought the mental health and addictions programs together at the ministerial level, and this is actually being implemented across the province in the health authorities. As we know, primary health team approaches also bring together teams of professionals who are able to deal with the whole person and all their needs.

The issue of waiting lists became politically hot during the last election. This led to federal, provincial and territorial agreement to reduce waiting lists in five priority areas. We are concerned that mental illness and addiction was not viewed as one of those priorities.

The Canadian Mental Health Association stated that as of July 2003, 1,500 mentally ill and addicted people remain on the streets in Ottawa because there are no services for them. Once on a wait list for community mental health services, the waiting period is from three to five years. Of the 175 people waiting for community mental health services in Ottawa, 50 per cent have attempted suicide.

The lack of service is a huge issue across the country. That some patients/clients and their families have to wait for services imposes costs on employers, communities, patients/clients and their families. There is a need for a tertiary service to support the patients/clients and their families while they are waiting to receive ongoing service.

Nurses can provide solutions to the lack of services for those affected by mental illness and addictions. For example, expanding the role of public health nurses in schools would facilitate early detection and intervention. I would add that this would be a return to a role that public health nurses used to play.

Too often, we approach illnesses through acute care. Nurses believe that more emphasis on prevention would benefit society not only from a perspective of overall good mental health, but would relieve pressures related to lack of acute care services. School nurses would identify the problems early on, directing the child concerned to the appropriate services.

By increasing telehealth services, nurses can respond to the needs of those in rural and remote areas of Canada. Tele-mental health can provide initial relief to a crisis situation before it leads to negative consequences such as we have seen in rural communities.

With proper training, nurses within the prison environment could play a more active role in the area of mental health assessments, evidence-based practice and long-term care of the

Il y a par contre de petits secteurs d'intégration des services un peu partout au pays. En Colombie-Britannique, par exemple, le ministère des Services de santé a réuni les programmes de santé mentale et de toxicomanies au niveau ministériel et cette nouvelle approche est présentement mise en application par les autorités sanitaires de la province. Comme nous le savons, l'approche du travail d'équipe de santé primaire fait aussi appel à d'autres professionnels de la santé de manière à traiter de tous les besoins d'une personne.

Le problème des listes d'attente est devenu une question politique brûlante lors des dernières élections. Ce dossier a amené le fédéral, les provinces et les territoires à conclure une entente pour réduire les listes d'attente dans les cinq secteurs prioritaires. Nous sommes préoccupés par le fait que la maladie mentale et les toxicomanies ne sont pas parmi les priorités.

L'Association canadienne pour la santé mentale a dit qu'il y avait, en juillet 2003, quelque 1 500 personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie demeurant dans les rues d'Ottawa faute de services. Une fois inscrites sur une liste pour recevoir des services communautaires en santé mentale, ces personnes doivent attendre de trois à cinq ans. Sur les 175 personnes qui attendent des services communautaires en santé mentale à Ottawa, la moitié ont tenté de se suicider.

Le manque de services est un problème de taille à l'échelle du pays. Les périodes d'attente pour les patients, les clients et leurs familles imposent des coûts aux employeurs, aux collectivités de même qu'aux patients et aux clients et à leurs familles. Par conséquent, il faut mettre en place un service tertiaire qui soutiendrait le patient, le client et sa famille dans l'attente de services continus.

Les infirmières et les infirmiers peuvent offrir des solutions pour palier le manque de services aux personnes touchées par la maladie mentale et les toxicomanies. Par exemple, il serait plus facile de détecter les problèmes et d'intervenir rapidement si on étendait le rôle des infirmières de la santé publique dans les écoles. J'ajouterais que ce serait là retourner à un rôle que les infirmières de la santé publique jouaient par le passé.

Trop souvent, nous abordons les maladies par le biais de soins aigus. Les infirmières estiment qu'il faut accorder plus d'importance à la prévention, ce qui profiterait à la société non seulement du point de vue de l'ensemble de la santé mentale, mais qui atténuerait les pressions qui s'exercent relativement au manque de services de soins de santé aigus. Les infirmières qui seraient présentes dans les écoles pourraient identifier les problèmes, et orienter l'enfant vers les services appropriés.

L'accroissement des services de télésanté permettrait aux infirmières et aux infirmiers de répondre aux besoins des résidents des régions rurales et des régions éloignées du Canada. La télésanté permet d'intervenir en cas de crise auprès de patients qui souffrent de problèmes et de troubles en santé mentale avant que cela ne débouche sur des conséquences négatives, comme cela s'est produit dans les collectivités rurales.

Si on leur donnait la formation appropriée, les infirmières et les infirmiers qui travaillent en milieu carcéral pourraient jouer un rôle plus actif en matière d'évaluation de la santé mentale, de

inmate with mental health issues. Too often, people are incarcerated because of the lack of forensic beds. If nurses providing physical care were supported to perform mental health assessments and treatments, there would be less pressure on forensic institutions and more chance that persons within the justice system affected by mental illness could be directed toward care sooner.

Occupational health nurses manage programs to create healthier workplaces, employee health and firm-level productivity. We know that a high level of absenteeism in the workplace relates to mental health issues. Occupational health nurses managing wellness programs may be able to address issues before they result in costly absenteeism.

Innovative models that include nurse practitioners as part of community mental health services need implementation and/or replication. Nurse practitioners with particular expertise in the area of mental health and addictions are an integral resource for a multidisciplinary mental health system, a resource currently not used to its full potential.

As part of the solution, the federation strongly supports a pan-Canadian mental illness/mental health strategy. As part of this strategy, the federation believes there is also a need for an education campaign among health professionals. There is a generalized discomfort and lack of knowledge about mental health, mental illness and addictions throughout the system of providers. This has a direct impact on our patients.

To wrap up my presentation, I would like to address the key areas in which the federal government can demonstrate leadership. The federal government must play a role in making the connections between the social determinants of health and the promotion of mental health for children, youth, their families and adults.

The federal government must play a key role in ensuring services and education in the area of mental health, mental illness and addictions are available, and that it is a priority across this country. Merely turning funds over to provinces will not ensure that patients/clients and their families will see any improvement in service.

The federal government must ensure that every Canadian has shelter or a roof over their head. Housing is protection from illness. Housing is protection from the vagaries of mental illness, from the voices, from the fears. The federal government must address the lack of affordable housing. I have only touched on the

méthodes de traitement fondées sur l'expérience clinique et de soins à long terme des détenus souffrant de problèmes de santé mentale. Trop souvent, les gens sont détenus faute de place dans les établissements de médecine légale. Si les infirmières qui fournissent des soins physiques bénéficiaient d'un soutien pour faire des évaluations de santé mentale et apporter des traitements, il y aurait moins de pression sur les établissements de médecine légale et les personnes qui sont dans le système de justice et qui sont affectées par la maladie mentale pourraient être dirigées vers les soins appropriés en temps opportun.

Les infirmières et infirmiers en santé au travail gèrent des programmes visant à créer des milieux de travail plus sains, à améliorer la santé des employés et à maintenir la productivité à un niveau intéressant. Nous savons que les forts taux d'absentéisme en milieu de travail sont reliés à des questions de santé mentale. Les infirmières et les infirmiers en santé au travail qui gèrent des programmes de mieux-être peuvent être en mesure d'aborder les problèmes avant qu'ils n'entraînent un absentéisme coûteux.

Les modèles innovateurs qui comprennent des infirmiers et des infirmières praticiennes dans le cadre de services de santé mentale communautaires doivent être mis en place ou reproduits. Ces praticiens et praticiennes qui ont une expérience particulière en santé mentale et en toxicomanie constituent une ressource intégrale pour un système pluridisciplinaire de santé mentale, une ressource qui, pour l'instant, n'est pas utilisée à sa pleine capacité.

Dans le cadre de la solution, la fédération recommande fortement l'élaboration d'une stratégie concernant la maladie mentale et la santé mentale à l'échelle du pays. Cette stratégie, selon la Fédération, devrait aussi comporter une campagne d'éducation auprès des professionnels de la santé. Il y a chez ceux qui fournissent des soins en santé mentale, en maladie mentale et en toxicomanie, un inconfort généralisé et un manque de connaissance. Tout cela a des répercussions directes sur nos patients.

Pour terminer mon exposé, j'aimerais vous mentionner les secteurs clés où le gouvernement fédéral peut faire preuve de leadership. Le gouvernement fédéral doit jouer un rôle pour établir un lien entre les déterminants sociaux de la santé et la promotion de la santé mentale chez les enfants, les jeunes, leurs familles et chez les adultes.

Le gouvernement fédéral doit également jouer un rôle clé pour faire en sorte que les services et l'éducation dans les domaines de la santé mentale, de la maladie mentale et des toxicomanies sont disponibles, et qu'ils constituent une priorité à l'échelle du pays. Le simple fait de donner de l'argent aux provinces ne fera rien pour améliorer véritablement les services qui sont offerts aux patients, aux clients et à leurs familles.

Le gouvernement fédéral doit s'assurer que chaque Canadien a un toit ou un abri. Le logement est une forme de protection contre la maladie. Le logement est aussi une protection contre les caprices de la maladie mentale, contre les voix et contre les peurs. Le gouvernement fédéral doit aborder la question du manque de

tip of the iceberg here, and I would be pleased to answer your questions when my colleagues are finished.

Ms. Penelope Marrett, Chief Executive Officer, Canadian Mental Health Association: Good evening. I am the CEO of the Canadian Mental Health Association, Canada's only voluntary charitable organization that deals with both mental health and mental illness. Our mandate is to promote the mental health of the people of Canada and to support the recovery and resilience of people with mental illness. The work being done by the committee is extremely important, and the association wishes to congratulate the committee on the work done thus far. The three reports provide an excellent base from which to continue this critical effort.

Supporting and ensuring the good mental health of the people of Canada has never been as high a priority for the Government of Canada as ensuring accurate diagnosis and availability of treatments and services for other medical conditions such as cancer, cardiovascular disease, diabetes or HIV/AIDS. Too often referred to as the health system's poor cousin, mental health and mental illness concerns are often sidelined. Mental health and mental illness have been neglected in Canada for far too long. At least one in five people is directly affected by mental illness during their lifetime. Indirectly, it affects millions of Canadians who are involved with loved ones, friends, colleagues and neighbours who have a mental illness. At the same time, good mental health is critical to everyone's well-being.

[Translation]

For two years now, the Canadian Mental Health Association has been managing a project that has involved its participants in the process of developing a framework for a mental health policy. The document entitled "*Citizens for Mental Health*" offers a mechanism for discussing the impact of the social factors of health on mental health policy. Two decisive factors, identified as a priority by Canadians across the country, are housing and income support.

Today, we would like to focus on those two issues. Research on housing has shown that 30 percent of homeless persons suffer from mental illness. Approximately 75,000 homeless single women suffer from mental illness. Mentally ill persons who are housed by others often have an unsanitary living environment. Between 1980 and 2000, the number of affordable housing units created by the federal government declined from 24,000 to 940.

logements abordables. Je n'ai fait qu'effleurer la pointe de l'iceberg. Il me fera plaisir de répondre à vos questions lorsque mes collègues auront fait leurs présentations.

Mme Penelope Marrett, chef de la direction, Association canadienne pour la santé mentale : Bonjour. Je suis chef de la direction de l'Association canadienne pour la santé mentale, le seul organisme de bienfaisance bénévole au Canada à s'intéresser à la fois à la santé mentale et à la maladie mentale. Notre mandat est de promouvoir la santé mentale des Canadiens et de fournir des services de soutien aux gens atteints d'une maladie mentale afin qu'ils puissent s'en sortir et y résister. Le travail de votre comité est très important et l'association tient à vous en féliciter. Les trois rapports constituent une excellente base sur laquelle poursuivre votre démarche essentielle.

Les efforts pour favoriser et maintenir une bonne santé mentale chez les Canadiens n'ont jamais été une grande priorité du gouvernement du Canada comme c'est le cas pour les services de diagnostic et pour la disponibilité de traitements pour les autres problèmes de santé comme le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète ou le VIH/sida. Trop souvent reléguées au rang de cousin pauvre du système de santé, les préoccupations relatives à la santé mentale et à la maladie mentale sont souvent laissées de côté. Au Canada, ces deux aspects ont été négligés depuis trop longtemps. Au moins une personne sur cinq est directement affectée par la maladie mentale au cours de son existence. Indirectement, les maladies mentales affectent des millions de Canadiens qui voient un de leurs proches, amis, collègues ou voisins atteints d'une maladie mentale. De même, il est essentiel que chacun bénéficie d'une bonne santé mentale pour assurer son bien-être.

[Français]

L'Association canadienne pour la santé mentale dirige depuis deux ans un projet qui a engagé ses participants dans le processus d'élaboration d'un cadre pour une politique en santé mentale. Ce document intitulé « *Les citoyens pour la santé mentale* » offre un mécanisme de discussion sur l'incidence des facteurs sociaux de la santé sur la politique en santé mentale. Deux des facteurs déterminants, identifiés comme étant une priorité par les Canadiens de partout au pays, sont le logement et le soutien du revenu.

Nous aimerions aujourd'hui nous concentrer sur ces deux questions. La recherche sur le logement a fait ressortir que jusqu'à 30 p. 100 des personnes sans logis souffrent de maladie mentale. Environ 75 000 femmes célibataires, sans abri, souffrent d'une maladie mentale. Les personnes atteintes de maladie mentale qui sont logées par autrui sont souvent dans un milieu de vie insalubre. Entre 1980 et 2000, le nombre d'unités de logement à prix abordable, créées par le gouvernement fédéral, est passé de 24 000 à 940.

[English]

As David Hulchanski has rightly stated, the lack of affordable housing for the people of Canada cuts off significant numbers of Canadians from supportive communities, from access to employment and, indeed, from the exercise of their citizenship rights. Try to get a job when you do not have an address.

Quite apart from the morality of the situation, this represents an enormous waste of human potential in this country, with serious consequences for the community at large. Therefore, the Canadian Mental Health Association strongly urges this committee to recommend, as part of the federal government's commitment to affordable housing, that funds be allocated for the following: 20,000 new housing units, 10,000 units of rehabilitated housing, \$300 million to ramp up the Affordable Housing Framework Agreement, \$150 million for homeless initiatives, and \$500 million over the next five years for a new housing rehabilitation fund.

[Translation]

Our second major concern is income security. Health is dependent on income security. As our colleagues have already said, income security is really a key factor in the mental health of our communities. Low-income Canadians are more vulnerable in health terms. Over the years, research has shown that chronic conditions are more widespread in the poorer regions of Canada. Approximately 15 per cent of children and young persons — that is one in seven — experience mental health problems serious enough to have an impact on their development and functioning. The children of poor families are more prone than the children of high-income families to suffer from low self-esteem, related mental problems and disorders and exclusion from cultural and athletic activities.

[English]

Issues related to the working poor are also of concern. The National Council of Welfare's 1993 report underlined a sharp decline in the value of minimum wages since 1976 and the trend towards part-time, precarious and temporary work instead of well-paid, secure jobs. The result of the diminishing minimum wage is that minimum wage workers could not reach the 1998 poverty line by working 40 hours a week, even if they were without dependents. We could go on and list many other examples.

The Canadian Mental Health Association strongly urges this committee to recommend the federal government address limitations of income security programs as they impact the

[Traduction]

Comme l'a si justement dit M. David Hulchanski, le manque de logements abordables pour les Canadiens prive un nombre important de Canadiens d'une collectivité pour les soutenir, d'un accès à l'emploi et de l'exercice de leurs droits de citoyen. Essayez de trouver un emploi quand vous n'avez pas d'adresse; vous m'en direz des nouvelles.

À part le problème moral de la situation, il s'agit d'un gaspillage considérable de potentiel humain dans notre pays, et les conséquences sont désastreuses pour l'ensemble de la collectivité. Par conséquent, l'Association canadienne pour la santé mentale prie instamment votre comité de recommander, dans le cadre de l'engagement du gouvernement fédéral à assurer l'accès à des logements abordables, que des fonds soient attribués aux fins suivantes : construction de 20 000 nouvelles unités de logement, réaménagement de 10 000 unités de logement, 300 millions de dollars pour accélérer la mise en œuvre de l'accord-cadre sur les logements à prix abordable, 150 millions de dollars pour des initiatives visant les sans-abri, et 500 millions de dollars au cours des cinq prochaines années pour l'établissement d'un nouveau fonds de rénovation des logements.

[Français]

Notre deuxième grand sujet de préoccupation est la sécurité du revenu. La santé est tributaire de la sécurité du revenu. Comme nos collègues l'ont déjà dit, la sécurité du revenu est vraiment un facteur clé de la santé mentale dans nos collectivités. Les Canadiens à faible revenu sont plus vulnérables sur le plan de la santé. Au fil des ans, la recherche a fait ressortir que les conditions chroniques sont plus répandues dans les régions plus pauvres au Canada. Environ 15 p. 100 des enfants et des jeunes, soit un sur sept, connaissent des problèmes de santé mentale suffisamment graves pour que cela ait une incidence sur leur développement et leur fonctionnement. Les enfants issus de familles pauvres sont plus susceptibles que les enfants de familles à revenu supérieur de souffrir de faible estime de soi, de difficultés et de troubles mentaux connexes, et de l'exclusion d'activités culturelles et sportives.

[Traduction]

Les questions reliées aux travailleurs pauvres sont également préoccupantes. Le rapport du Conseil national du bien-être social publié en 1993 fait état d'une diminution marquée de la valeur du salaire minimum depuis 1976 et la tendance vers des emplois à temps partiel, précaires et temporaires plutôt que des emplois bien rémunérés et assurés. La baisse relative du salaire minimum fait en sorte que les travailleurs qui touchent le salaire minimum ne pourraient pas atteindre le seuil de pauvreté de 1998 en travaillant 40 heures par semaine, même s'ils n'avaient aucune personne à charge. Nous pourrions continuer l'énumération avec plusieurs autres exemples.

L'Association canadienne pour la santé mentale prie instamment votre comité de recommander au gouvernement fédéral d'aborder les lacunes des programmes de sécurité du

people of Canada and their mental health and mental illness. More detailed information about this is contained in our formal submission to the committee.

In conclusion, despite a healthy, highly competitive Canadian economy, we still face high levels of homelessness, household debt, child poverty, diminishing health care services and the exclusion of many segments of Canadian society from a quality of life that should be expected in a country as rich as ours.

[Translation]

So as to better distribute the impact of this economic growth, the Government of Canada must show leadership and make a major investment in affordable housing and improve income security for all Canadians. The government must also ensure that the social fabric of the country continues to develop and respond to citizens through various initiatives, including strengthening the voluntary and community sector.

[English]

Mr. John Arnett, President, Canadian Psychological Association: I am very pleased to be here to represent the association. In my day job, I am also a professor and head of the Department of Clinical Health Psychology, University of Manitoba. This is my evening job, obviously.

CPA agrees with the committee's basic vision that mental health and addiction services should be of high quality, individualized, and well integrated with other health services. We also agree that the care delivery system should be focused on the specific needs of the individual, with the goal being recovery to the fullest extent possible. In addition to being patient centred and focused on recovery, we would suggest that the vision should also strongly emphasize illness prevention as an integral component of the program. We appreciate the committee's recognition of the strong influence that a wide range of factors plays in mental health, mental illness and addiction as outlined in report 1, and that many of these factors extend well beyond the traditional realm of the health care system per se. This very fact leads to the conclusion that mental health, mental illness and addiction are best approached from a broadly based population health perspective.

It is also true that mental health issues are important not only in relation to mental health conditions, but also in relation to physical illnesses, as we are continuing to learn. Thus, we need to build on the prevailing biomedical model in order to provide the best possible and most comprehensive care to Canadians.

revenu qui ont des répercussions sur les Canadiens, sur leur santé et sur les maladies mentales. Le mémoire que nous avons soumis à votre comité contient davantage de renseignements sur cet aspect.

En guise de conclusion, malgré une économie canadienne en santé et hautement compétitive, il y a toujours des niveaux élevés de sans-abri, la dette des ménages est élevée, il y a de la pauvreté chez les enfants et il y a une diminution des services de soins de santé. De plus, plusieurs segments de la société canadienne qui n'ont pas accès à une vie de qualité comme on devrait s'y attendre dans un pays riche comme le nôtre sont exclus.

[Français]

Afin de mieux distribuer les retombées de cette croissance économique, le gouvernement du Canada doit faire preuve de leadership et consentir un important investissement dans le logement abordable et améliorer la sécurité du revenu pour tous les Canadiens. Le gouvernement doit également s'assurer que le tissu social du pays continue de se développer et de répondre aux citoyens grâce à diverses initiatives dont le renforcement du secteur bénévole et communautaire.

[Traduction]

M. John Arnett, président, Société canadienne de psychologie : Je suis très heureux de représenter notre Société. Le jour, je suis professeur et chef du Département de psychologie clinique à l'Université du Manitoba. Le soir, je m'occupe de la Société.

La SCP est en accord avec la vision fondamentale de votre comité à l'effet que les services de santé mentale et de toxicomanie devraient être de qualité élevée, devraient être adaptés aux individus et devraient être bien intégrés aux autres services de santé. Nous sommes aussi d'accord pour dire que le système de prestation de soins devrait mettre l'accent sur les besoins spécifiques de l'individu, l'objectif étant que ces personnes puissent récupérer dans toute la mesure du possible. En plus d'être axée sur les besoins du patient et sur la nécessité d'une récupération, nous estimons que la vision devrait également mettre l'accent sur la prévention de la maladie en tant que composante intégrale du programme. Nous apprécions le fait que votre comité reconnaisse la forte influence qu'une vaste gamme de facteurs ont sur la santé mentale, la maladie mentale et les toxicomanies comme il est indiqué dans le premier rapport, et que plusieurs de ces facteurs vont bien au-delà de la couverture traditionnelle du système de soins de santé. C'est cela même qui mène à la conclusion que la santé mentale, la maladie mentale et les toxicomanies sont plus faciles à aborder du point de vue plus général de la santé de la population.

Il est également vrai que les questions de santé mentale sont importantes non seulement en rapport avec l'état de santé mentale, mais aussi en rapport avec l'état de santé physique comme nous continuons de le découvrir. C'est ainsi que nous devons élaborer un modèle biomédical de base pour être en mesure d'offrir les soins les meilleurs et les plus complets aux Canadiens.

Dr. George Engel, an internist by training, recognized that the traditional distinction between mental health and physical health was, at best, arbitrary, as each strongly affects the other. In 1977, he proposed the need for a new model, the bio-psycho-social model, to more comprehensively integrate the biological, psychological and social factors that are so important not only in mental health but in all illness.

Given that a model tends to shape our perception of circumstances, it substantially influences how and what services we seek to construct, be they in mental health or in physical health. Dr. Engel's biopsychosocial model fits nicely with the population health approach advanced by this committee. It also provides a conceptual framework that diminishes the factors that support and maintain separate physical and mental health silos, about which this committee has also spoken, and that tend to divide rather than integrate health care. The biopsychosocial model brings mental health into the mainstream of health and thereby provides an important tool to diminish the stigma about which I spoke to this committee some time ago. This is a significant impediment to securing better care for all Canadians with mental health problems.

We also need to ensure that the research agenda is broadly based, not only in concept, but also in the actual disbursement of grant funding. A brief review of the CIHR grants disbursed in January 2005 suggests there is still a need for improvement in this regard.

Canadians with mental health and addiction problems should have greater access to a wider range of clinical services and service providers than is now available with existing funding under current legislation. At present, for example, most psychological services that people require are provided in the private rather than the public sector, and are therefore primarily available to Canadians of some financial means. Unemployed and underinsured or uninsured Canadians have little or no access to needed psychological services. Furthermore, we believe that access to these services will likely worsen in the future without an appropriate legislative remedy. This is particularly troubling with regard to services for Aboriginal populations, children and adolescents, elderly Canadians and individuals who live in rural areas, as well as services in the schools and criminal justice systems, where there is an exceptionally high demand.

This committee, as well as the Health Council of Canada, has expressed concern about the shortages of human resources in health care. We believe that this is indeed a serious problem. With psychology now having the dubious distinction of being one of the health professions with an ageing practitioner base, excluding present company, we are particularly concerned about human resource and training issues. Institutional cutbacks in recent years due to budgetary restraints, particularly in Ontario, have resulted in the elimination of a significant number of psychology training

Le Dr George Engel, interne de formation, a reconnu que la distinction traditionnelle entre santé mentale et santé physique était, dans le meilleur des cas, arbitraire puisque chaque aspect influence l'autre. En 1977, il a fait état de la nécessité d'un nouveau modèle, le modèle bio-psycho-social permettant de mieux intégrer les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux si importants, non seulement pour la santé mentale, mais aussi pour toutes les maladies.

Compte tenu qu'un modèle a tendance à modéliser notre perception des choses, il influence grandement la façon d'élaborer les services que nous voulons, qu'il s'agisse de santé mentale ou de santé physique. Le modèle bio-psycho-social du Dr Engel cadre très bien avec l'approche de santé de la population adoptée par votre comité. Ce modèle constitue également un cadre conceptuel qui réduit les facteurs qui soutiennent et favorisent les approches distinctes à la santé physique et à la santé mentale, dont votre comité a également parlé, et qui tendent à diviser plutôt qu'à intégrer les soins de santé. Le modèle bio-psycho-social ramène la santé mentale au cœur des services de santé et constitue un important outil pour diminuer le stigmate dont j'ai parlé à votre comité il y a un certain temps. Voilà un moyen important d'assurer de meilleurs soins à tous les Canadiens qui ont des problèmes de santé mentale.

Nous devons également nous assurer que le programme de recherche repose sur des fondements larges, non seulement au plan conceptuel mais aussi dans l'attribution de subventions à la recherche. Un bref examen des subventions versées par l'IRSC en janvier 2005 laisse entrevoir qu'il y a place à l'amélioration.

Les Canadiens qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie devraient avoir un meilleur accès à une vaste gamme de services cliniques et de fournisseurs de services qui sont présentement accessibles en vertu du financement existant dans le cadre de la législation courante. À l'heure actuelle, par exemple, la plupart des services psychologiques dont les gens ont besoin sont fournis par le secteur privé plutôt que par le secteur public et sont donc surtout accessibles aux Canadiens qui en ont les moyens financiers. Dans le cas des sans-emploi et des personnes qui n'ont pas suffisamment d'assurance ou qui n'en ont pas du tout, l'accès aux services psychologiques est réduit ou nul. De plus, nous estimons que l'accès à ces services se détériorera sans doute dans le futur sans un remède législatif approprié. Cela est particulièrement troublant en ce qui a trait aux services offerts aux populations Autochtones, aux enfants et aux adolescents, aux Canadiens âgés et aux personnes vivant en milieu rural, de même qu'aux services dans les écoles et aux systèmes de justice criminelle où la demande est exceptionnellement élevée.

Votre comité, de même que le Conseil canadien de la santé, ont exprimé des réserves sur la pénurie de ressources humaines en matière de soins de santé. Selon nous, il s'agit d'un véritable problème. Avec la psychologie qui a la distinction douteuse d'être une des professions de la santé où les praticiens sont vieillissants, à l'exclusion de ceux qui vous parlent, nous sommes particulièrement préoccupés par des questions de ressources humaines et de formation. Les récentes coupures institutionnelles décrétées ces dernières années en raison de

positions. These decisions and actions that are quick to implement may take years to reverse when there is a recognition that this cutting has gone too far. Although understandable in terms of the economics of the moment, they will almost certainly lead to serious supply and access problems in the long run. In Ontario the present number of training positions has fallen below a level sufficient to fully train the required number of doctoral-level psychologists needed to meet present demand and replace those psychologists retiring and leaving practice. This situation can only exacerbate the current problems with access to psychological services for Canadians who need them.

We understand the intent underlying the committee's considerations relative to separate funding envelopes for mental health and addiction and a special charter attempting to guarantee improved access and financial parity with physical health care. However, we would ask the committee to further consider whether such a well-intentioned policy change could unintentionally lead to further entrenchment of the very silos that this committee has appropriately criticized and the continued separation of mental health and addiction services from primary health services.

The Chairman: I will ask you to think about something, and then we can come back to it. This is directed to you, Ms. Marrett. I do not disagree with you at all on the critical importance of the determinants of health, and you have talked specifically about various forms of affordable housing programs and income support programs. This is not disagreeing with that. We will not get \$1 billion or more in the next 18 months to two years to throw at this issue. Recognizing the long-term goal is exactly what you have outlined it to be, how do we get manageable bite-sized items that we can begin to make some progress on? I will ask you to think about that. Mr. Arnett, just a clarification on your material. We absolutely understand the importance of the primary health services as the way 85 or 90 per cent of people will get into the system. We would never suggest creating a silo in that sense.

Here is the issue with which we wrestle: Every other country that has tried to do this has found that if you do not ring-fence new money, then the acute care system immediately swallows up most of it. It is a practical problem, and not a philosophical problem, of wanting to break down the silos, although frankly, even within the mental health area there are all kinds of silos. Secondly, how do you nevertheless ensure that if you do obtain new money and make changes, that it is not overwhelmed by the rest of the system? Any thoughts you have on that would be helpful.

restrictions budgétaires, particulièrement en Ontario, ont entraîné l'élimination d'un nombre important de postes de formation en psychologie. Dans le meilleur des cas, il pourrait s'écouler de nombreuses années avant que ces décisions et les mesures que l'on s'empresse d'apporter permettent de corriger la situation. Nous savons déjà que les coupures ont été trop lourdes. Bien que les conditions économiques du moment puissent expliquer la situation, ces réductions auront certainement des conséquences graves pour l'approvisionnement et l'accès à long terme. En Ontario, le nombre de stagiaires est sous le niveau suffisant pour assurer la formation complète du nombre de docteurs en psychologie requis pour répondre aux besoins actuels et remplacer les psychologues qui prennent leur retraite et qui quittent la profession. Une telle situation ne peut qu'aggraver les problèmes actuels qu'éprouvent les Canadiens à accéder à des services psychologiques.

Nous comprenons bien les considérations sous-jacentes de votre comité relativement à des enveloppes distinctes pour la santé mentale et les toxicomanies et d'une charte spéciale pour tenter d'assurer un meilleur accès et une parité financière avec les soins de santé physique. Toutefois, nous demandons à votre comité de reconsidérer un tel changement de politique bien intentionné de crainte qu'il n'entraîne un cloisonnement plus prononcé, situation dénoncée par votre comité, et le cloisonnement des services de santé mentale et de toxicomanie par rapport aux services de santé primaires.

Le président : Je vous demanderai de réfléchir à quelque chose, puis nous reviendrons à notre sujet. Je m'adresse à vous, Madame Marrett. Je ne suis pas en désaccord avec vous sur l'importance critique des déterminants pour la santé, et vous avez parlé de manière spécifique de diverses formes de programmes de logement abordable et de programmes de soutien du revenu. Il ne s'agit pas d'être en désaccord avec cela. Nous n'obtiendrons pas un milliard de dollars ou plus au cours des 18 prochains mois ni même des deux prochaines années pour tenter de régler ce problème. Compte tenu que l'objectif à long terme est exactement ce que vous avez décrit, comment pouvons-nous obtenir de petits éléments gérables qui nous permettraient de commencer à connaître du succès? Je vous demande d'y réfléchir. Monsieur Arnett, je vous prie de me donner une clarification sur votre document. Nous comprenons tout à fait l'importance des services de santé primaire qui représentent la façon dont 85 à 90 p. 100 de la population a accès au système. Nous ne voudrions jamais suggérer de faire du cloisonnement en ce sens.

Voici le problème avec lequel nous devons composer : tous les pays qui ont cherché à le faire ont constaté que s'ils ne parviennent pas à isoler des fonds nouveaux, le système de soins aigus absorbe immédiatement la majorité des fonds. Il s'agit d'un problème pratique et non d'un problème philosophique que celui de chercher à abattre le cloisonnement dans le secteur de la santé mentale comme dans tous les autres secteurs. Deuxièmement, comment faites-vous pour vous assurer que si vous obtenez des fonds nouveaux et que vous apportez des changements, que ces fonds ne seront pas dilués le reste du système? Nous aimerions beaucoup connaître vos idées sur ce sujet.

Also, you commented on doctoral-level psychologists. I have always been under the impression — maybe they are the only ones I know — that a substantial amount of clinical work is done by master's-level psychologists, or sometimes those with a master's degree in social work, and not those with doctoral-level degrees. Is the supply of master's-level psychologists dropping below the replacement rate, as you indicate the doctoral level is?

Third, for Ms. Davis, you commented, and I took it as a favourable comment, on the creation in British Columbia of the Minister of State, or whatever the official title is, for Mental Health and Addictions, and in fact they have combined various things into a cross-sectoral program. I would love to know, either today or subsequently from you or your members who are involved with that program, what has made that work. It would be helpful for is to understand that. I say that because frequently in organizational changes, it turns out that the successful ingredient is the people rather than the organizational change per se. Therefore, if any of you want to comment on any of those three points, you can do it now or later.

Mr. Arnett: Just a comment on doctoral versus master's degrees. Partly, it depends on where you are in the country. For example, in Quebec, the vast majority of psychologists are now master's-level psychologists. However, if you look at the actual level of training, it is almost the equivalent of the doctoral level in terms of the requirements that have been added over the years.

The Chairman: Without the thesis.

Mr. Arnett: That is correct. They are now moving to eliminate the master's program in Quebec because they recognize that the difference between that and the doctoral program is very small and the demands and requirements in terms of skill sets are increasing.

The Chairman: Except, just to argue the other side of that, it would be okay if you had a degree that did not involve spending the year and a half or two years doing the dissertation.

Mr. Arnett: You can move toward a professional degree, which is what they are doing.

The Chairman: It is a professional degree minus the dissertation.

Mr. Arnett: It is an important, interesting point, because it is not always minus the dissertation. The CPA board recently took a look at the requirements for the proposed Pys.D and one particular program in Quebec versus the Ph.D. It is hard to drive a wedge between the two programs.

The Chairman: Ms. Marrett, would you like to make a comment?

Vous avez également parlé des psychologues qui en sont au niveau du doctorat. J'ai toujours été sous l'impression, peut-être parce que ce sont les seuls que je connaisse, qu'une part importante du travail clinique était effectuée par des psychologues du niveau de la maîtrise, ou même par des professionnels qui détiennent une maîtrise en travail social, et non par les diplômés du niveau du doctorat. Est-ce que le nombre de ceux qui ont fait une maîtrise en psychologie diminue sous le taux de remplacement, comme vous l'indiquez pour le niveau doctoral?

Troisièmement, et je m'adresse à vous Madame Davis, vous avez commenté, favorablement à mon point de vue, la création en Colombie-Britannique d'un poste de ministre d'État, responsable de la santé mentale et des toxicomanies. De fait, ce poste regroupe divers éléments en un seul programme. J'aimerais que vous ou les membres de votre groupe qui participent à ce programme, me disent ce que constitue ce travail. Il serait intéressant de le comprendre. Je le dis parce qu'il arrive fréquemment, lors d'un changement organisationnel, que l'élément de succès soit les personnes plutôt que le changement lui-même. En conséquence, si vous pouviez commenter sur l'un ou l'autre de ces trois points, soit maintenant, soit plus tard.

M. Arnett : Permettez-moi de faire une observation sur le diplôme de doctorat par rapport au diplôme de maîtrise. Tout dépend, en partie, de l'endroit où vous vous trouvez au pays. Au Québec, par exemple, la vaste majorité des psychologues détiennent actuellement une maîtrise. Toutefois, si vous vous attardez au niveau réel de formation, ce diplôme est presque l'équivalent d'un diplôme de doctorat, particulièrement si l'on tient compte des éléments qui ont été ajoutés au fil des années.

Le président : Sans la thèse.

M. Arnett : C'est exact. Le Québec cherche maintenant à éliminer le programme de maîtrise parce que l'on reconnaît que la différence entre ce diplôme et le programme de doctorat est très mince et que les exigences en termes de compétence sont à la hausse.

Le président : Je me fais l'avocat du diable et je vous dis que cela serait tout à fait acceptable si vous aviez un diplôme qui n'exige pas de consacrer une année et demie ou deux ans à faire des dissertations.

M. Arnett : Vous pouvez chercher à obtenir un diplôme d'études professionnelles, ce que ces gens cherchent à faire.

Le président : C'est un diplôme professionnel moins la dissertation.

M. Arnett : Il s'agit là d'un point intéressant et important parce que ce diplôme n'est pas toujours obtenu sans la dissertation. Récemment, le conseil d'administration de la SCP s'est intéressé aux exigences pour le diplôme proposé de Psy.D et à un programme particulier au Québec par rapport au diplôme de Ph.D. Il est difficile de faire la distinction entre les deux programmes.

Le président : Madame Marrett, voulez-vous commenter?

Ms. Marrett: I would like to answer it subsequent to the testimony because I would like to go back and speak to a couple of colleagues. I think there are some steps.

The Chairman: There have to be some steps. I am not being critical of you. Understand our dilemma here: If we do not give government something that allows them to start showing progress, it will be easy for them to say "It is another pie-in-the-sky social services study, so we are not doing it."

Ms. Marrett: One of the challenges is in the Affordable Housing Framework Agreement. If I recall, Mr. Ralph Goodale, during discussions on the budget, indicated there was approximately \$500 million left in that agreement. It was not being used by the provinces. We consider that a serious issue and we need to find ways in which the federal government, the provinces and territories can work to ensure that blockage is removed. Ontario has not picked much of the monies. Therefore, in a sense, he has made a commitment that once that money is used up, more will be available. One of our challenges is we all need to work out how best to do that. That is a general comment, but I will come back to it.

Ms. Davis: I would like to comment on what is happening in British Columbia. I have just come from Victoria. Mental health and addictions were put together at the ministerial level. I can tell you it was difficult. I worked in the Vancouver Island Health Authority at the time and people were presenting for service who had addiction problems, and they could not be treated in the mental health system until their addiction problems were treated. It created all kinds of chaos. People were being shuffled back and forth. The Vancouver Island Health Authority did all kinds of innovative things. They have, for instance, developed and built a sobering centre where people can come in off the street for up to 23 hours. They can be drunk, they can be stoned, they can be however they come, and they can stay there for 23 hours. If they need mental health services, then mental health personnel can go there to see them, or vice versa.

They have created a new psychiatric emergency service, which is right next to emergency. They are triaged from emergency into the psychiatric emergency. We had people there who worked in addictions who would do assessments, and we would do assessments together to see what people needed first and foremost; was it addictions counselling, or was it mental health services. There are all sorts of innovative things happening on the ground.

The Chairman: Is that a one-off? There are interesting, innovative things going on across the country. By the way, one of the things this business clearly lacks is one place in this country where you can go to find out what is working well on the ground.

Mme Marrett : J'aimerais répondre à la suite du témoignage. J'aimerais en parler à quelques collègues. Je crois qu'il y a des étapes possibles.

Le président : Il doit y avoir des étapes. Je ne vous critique pas. Mais je vous prie de bien vouloir comprendre notre dilemme : si nous ne donnons pas au gouvernement quelque chose qui lui permettra de marquer des points, il sera très facile pour lui de dire « qu'il s'agit d'une autre étude farfelue sur les services sociaux, et nous ne la ferons pas ».

Mme Marrett : Un des défis à relever se trouve dans l'Accord-cadre sur le logement abordable. Si je me souviens bien lors des discussions sur le budget, le ministre Ralph Goodale avait dit qu'il restait environ 500 millions de dollars dans cet accord. Et les provinces ne les utilisent pas. Pour nous, il s'agit d'un problème grave et nous devons trouver des façons qui permettent au gouvernement fédéral, aux provinces et aux territoires de travailler à éliminer les obstacles. L'Ontario n'a pas reçu une grande part de cet argent. En conséquence, le ministre il s'est engagé à ce que d'autres fonds soient disponibles dès que l'argent sera épuisé. Notre défi est que nous devons tous travailler à trouver la meilleure façon d'y arriver. C'est une observation générale, mais j'y reviendrai.

Mme Davis : J'aimerais commenter sur ce qui se passe en Colombie-Britannique. J'arrive tout juste de Victoria. Les programmes de santé mentale et de toxicomanie ont été réunis au niveau ministériel. Je puis vous assurer que cela a été difficile. J'ai travaillé à la Vancouver Island Health Authority à l'époque. Les patients se présentaient au service pour des problèmes de toxicomanie et nous ne pouvions les traiter dans le système de santé mentale tant que les problèmes de toxicomanie n'avaient pas été traités. Une telle situation devenait intenable. Les gens étaient renvoyés à droite et à gauche. La Vancouver Island Health Authority a fait de nombreuses innovations. Par exemple, les responsables ont élaboré et aménagé un centre où les itinérants peuvent se réfugier pour une période allant jusqu'à 23 heures pour retrouver leur sobriété. Ils peuvent être en état d'ébriété, ils peuvent être sous l'influence de drogues, ils arrivent comme ils sont, et ils peuvent rester dans ce centre pendant 23 heures. S'ils ont besoin de services de santé mentale, le personnel de santé mentale peut se rendre sur place pour les voir et les rencontrer ou vice versa.

Les responsables ont également créé un nouveau service d'urgence psychiatrique situé tout juste à côté des services d'urgence. Les patients qui se présentent à l'urgence font l'objet d'un triage et, s'il y a lieu, sont ensuite orientés vers l'urgence psychiatrique. Nous étions deux à avoir travaillé en toxicomanie et à pouvoir faire les évaluations; nous les faisons ensemble, de manière que les patients qui avaient besoin d'être traités en priorité bénéficiaient d'une consultation sur la toxicomanie ou de services en santé mentale. Il y a toutes sortes de choses innovatrices qui se produisent sur le terrain.

Le président : S'agit-il d'un événement unique? Il y a des choses intéressantes et innovatrices qui se passent à l'échelle du pays. Soit dit en passant, une des choses qui manquent manifestement à votre secteur est un endroit au pays où l'on puisse trouver ce qui

People come here and they tell us. We probably know more than many others because people from all over the country have given us great examples.

Senator Cochrane: I have a supplementary question on what Dr. Arnett was talking about. I am talking about Quebec now and the master's program. If this program will be eliminated, will there not therefore be a void in Quebec while these people pursue higher education?

Mr. Arnett: No, because we are talking about the future production, not necessarily changing the requirements for people who are currently in the system. It is in the future. They will be moving to a Psy.D approach that will just add a little to the training that subsequent students will get. There will be no change in the levels.

Senator Cochrane: What happens to the ones who are already in the system?

Mr. Arnett: They will continue in the system. Some of them will choose to upgrade, although they do not need to do that. The key point here is that the master's degree in Quebec means something different, and it is in many ways a higher standard to begin with. The difference between them and doctoral-level people in other places is not very great. It has grown that way over the years because they have added more and more requirements as they recognized that people needed more and more training. They have added so many requirements that they have virtually created a doctoral program.

Senator Cochrane: Is there a change in salary?

Mr. Arnett: I cannot answer that question. I am not positive.

Senator Keon: I find I am sticking with a theme with everyone who comes before us because I agree with the chairman that the expenditure we would be looking at to move services from covering 30 per cent of the population to 100 per cent would be enormous. We have to try to think about how we can do that gradually. Consequently, at one level we have to develop a structural framework or a national strategy for mental health. Then we have to move to the ground and look at the community, what resources have to go into the community to allow entry into the system and appropriate triage up the line, with, of course, continuity of care when people come back into the system. I was very pleased to hear what you had to say, Ms. Davis, about some of the innovative things that can be done when you get down to a reasonable level where you can make something work, change something.

donne des résultats sur le terrain. Les gens viennent ici et nous le disent. Nous le savons probablement plus que quiconque parce que les gens de partout au pays sont venus nous donner des exemples merveilleux.

Le sénateur Cochrane : Je voudrais poser une question supplémentaire au sujet de ce que disait le Dr Arnett. Je fais référence au Québec maintenant et au programme de maîtrise. Si on doit éliminer ce programme, n'y aura-t-il pas un vide au Québec pendant que les futurs professionnels poursuivront leurs études?

M. Arnett : Non, parce que nous parlons de la production future, et non nécessairement d'une modification des exigences pour le personnel qui est déjà dans le système. Nous parlons de l'avenir. Ces gens passeront à un doctorat en psychologie qui ne fera qu'ajouter un peu de temps à la formation que recevront les étudiants de demain. Il n'y aura pas de changement dans les niveaux.

Le sénateur Cochrane : Qu'arrivera-t-il à ceux qui sont déjà dans le système?

M. Arnett : Ils continueront d'évoluer dans le système. Certains choisiront de poursuivre leurs études, bien qu'il ne soit pas nécessaire qu'ils le fassent. Il faut surtout rappeler que le diplôme de maîtrise au Québec représente quelque chose de différent et que, comme dans plusieurs autres cas, il s'agit d'une norme plus élevée au départ. La différence entre ces gens et les personnes qui détiennent un doctorat ailleurs n'est pas très grande. La situation s'est développée au fil des ans parce qu'ailleurs, on a ajouté de plus en plus d'exigences au fur et à mesure où l'on reconnaissait que les professionnels avaient besoin d'une formation plus poussée. Les exigences qui se sont ajoutées ont fini par créer un programme de doctorat.

Le sénateur Cochrane : Y a-t-il un changement au niveau du salaire?

M. Arnett : Je ne saurais répondre à cette question. Je n'en sais rien.

Le sénateur Keon : Je me rends compte que je m'en tiens à un thème avec toutes les personnes qui viennent témoigner devant notre comité parce que je suis d'accord avec le président sur le fait que les dépenses que nous envisageons pour que les services qui visent 30 p. 100 de la population s'appliquent à 100 p. 100 de la population. Ces dépenses seraient considérables. Nous devons tenter de déterminer comment il est possible de le faire de manière progressive. Par conséquent, nous devons d'abord élaborer un cadre structurel ou une stratégie nationale pour la santé mentale. Puis, nous devons ensuite aller au niveau de la collectivité, déterminer les ressources dont elle aura besoin pour favoriser l'accès au système et établir un triage approprié, tout en assurant la continuité des soins lorsque les gens reviennent dans le système. J'ai été très heureux d'entendre ce que vous aviez à dire aujourd'hui, madame Davis, au sujet des approches innovatrices qui peuvent être prises quand on se replie à un niveau raisonnable, où il est possible de faire du travail, de changer les choses.

The medical people were here before you, the specialists and the family physicians and the in-betweens, interns, pediatricians and so forth. I would like to glean from you what kind of unit you see in the community that could deal with mental health and the associated social problems as part of family medicine. In other words, help people find a job or an income or housing or whatever and deal with the emergencies that they encounter that are now being handled by police and other people who are doing the best they can; deal with the counselling services and psychological services, Dr. Arnett, that your folks have to offer.

Are you aware of any model that is working anywhere at this time? What kind of model do you see in the community that could integrate the specialized mental health system, the social system, so to speak, or the other components into the larger medical system? I would like all three of you to comment on that. I appreciate that I am putting you on the spot, and I do not at all suggest what you say has to be definitive. We are just groping around here.

Mr. Arnett: As you know, most of the resources are allocated to institutions, hospitals, at the present. On the other hand, the vast majority of mental health problems do not require the resources of the hospital. What you need in the community, and what does not now exist, is a multidisciplinary team who can work with family doctors, with psychiatrists, with psychologists, with the social workers, with the nurses and with others. That system is underdeveloped. The vast majority of resources are in the institutions. I do not think developing that kind of multidisciplinary approach is rocket science, but it does require a change in emphasis away from the traditional places of practice, which are institutions.

Senator Keon: Are you aware of any? I have looked at some examples of primary health care delivery systems that work fairly well, but I do not know of any that have the broad dimension that I just described and that I think is necessary to give a mentally ill person a job, an income, a place to live and so forth.

Ms. Marrett: That is an excellent question. The Canadian Mental Health Association works under the rubric of a framework for support where the individual is at the centre and then the resources that are required are available and surround the individual. We have a number of branches at the community level that are involved in some very innovative work and are trying to implement more. Part of it is that they have health care professionals who work for them. That includes psychiatrists and general practitioners, as well as, in one or two branches, nurse practitioners. The programs that they offer include housing or employment, but also some health care issues.

One branch in particular is trying to find sufficient funding whereby they would also be able to have a program for primary health care for individuals who are seriously mentally ill that

Vous avez été précédé par des représentants de la médecine, des spécialistes et des médecins de famille et des intermédiaires, c'est-à-dire les internes, les pédiatres et ainsi de suite. J'aimerais que vous me disiez quel genre d'unité vous percevez au sein de la collectivité pour traiter de la santé mentale et des problèmes sociaux qui s'y rapportent dans le cadre de la médecine familiale. En d'autres mots, Dr Arnett, comment peut-on aider les gens à trouver un emploi ou un revenu ou un logement ou quoi que ce soit et à composer avec les situations d'urgence qui se présentent et qui sont actuellement réglées par la police ou par d'autres intervenants qui font de leur mieux, à traiter avec les services de counselling et les services de psychologie?

Connaissez-vous un modèle qui donne des résultats à l'heure actuelle? Quel genre de modèle voyez-vous au sein de la collectivité qui puisse intégrer un système de santé mentale spécialisé, le système social, si je puis m'exprimer ainsi, ou d'autres composantes dans le système médical plus large? J'aimerais que tous les trois commentiez cet aspect. Je suis bien conscient que je vous force la main, et loin de moi l'idée que vos propos aient un caractère définitif. Nous ne faisons que chercher notre voie.

M. Arnett : Comme vous le savez, à l'heure actuelle la presque totalité des ressources sont attribuées aux institutions et aux hôpitaux. D'autre part, la grande majorité des problèmes de santé mentale n'exigent pas des ressources des hôpitaux. Ce qu'il faut dans la collectivité, et ce qui n'existe pas encore, c'est plutôt une équipe pluridisciplinaire pouvant travailler avec les médecins de famille, avec les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux, les infirmières et d'autres intervenants. Ce système est sous-développé. La vaste majorité des ressources sont attribuées aux institutions. Selon moi, il ne faut pas être un génie pour élaborer ce type d'approche pluridisciplinaire, mais il faut plutôt s'éloigner des lieux traditionnels de pratique que sont les institutions.

Le sénateur Keon : Savez-vous s'il y en a? J'ai examiné certains exemples de systèmes de prestation de soins de santé primaires qui fonctionnent assez bien, mais je ne sais pas s'il y en a qui ont la dimension élargie que je viens de vous décrire et qui, selon moi, sont requis pour offrir aux personnes atteintes de maladie mentale un emploi, un revenu, un toit et ainsi de suite.

Mme Marrett : Voilà une excellente question. L'Association canadienne pour la santé mentale travaille à l'élaboration d'un cadre de soutien où l'individu est au centre et où les ressources nécessaires sont disponibles et permettent de soutenir cet individu. Nous avons un certain nombre de filiales au niveau de la collectivité qui participent à des travaux plutôt innovateurs et qui cherchent à en faire davantage. Parmi les professionnels de la santé qui travaillent avec eux, notons des psychiatres et des praticiens généraux, de même que des infirmiers et infirmières praticiens dans une ou deux filiales. Les programmes offerts comprennent le logement ou l'emploi, mais il y a également les questions de soins de santé.

Une filiale en particulier cherche à amasser suffisamment de fonds pour mettre sur pied un programme de soins de santé primaires pour les personnes qui souffrent de maladie mentale

would look after not only that portion of their life, but also their whole being. Oftentimes, people who are seriously mentally ill do not have a family physician if they are not connected in some way either to their family or to someone else, and they have other health issues as well. This is our Windsor-Essex branch, based out of Windsor. They have moved to that approach because of the realization that, as they provide support and services and treatment through their professional welcome teams, a piece is missing that no one else in the community is offering. They are trying to be the conduit to offer that.

In several of our branches — we have 125 across the country — some of the services are provided through the health care professionals. For example, people will leave their medication with those professionals and then come in to get it because they have decided that is the only way they can be sure to stay on track with their medication. Also, it enables the health care professional to help them if they need to see a social worker because they are having trouble with housing, for example, or if they need to see someone else. It helps those people access the rest of the team. We have several branches like that. I can provide a list of the branches that offer services of that nature.

The Chairman: That would be helpful. Clearly, it is one thing for us to describe what ought to happen. It is another for us to be able to say, “Here are two or three or four illustrative examples that are actually working.”

Ms. Christine Davis: That is an excellent question, but there are pockets of programs that are working quite effectively across the country. We need to broaden our thinking so that it is not, “How can these programs fit into the larger system?” which are the institutions, or which includes institutions. People do not stay in institutions for any length of time, and they come back to institutions when they are not being maintained in the community. We need to look at innovative ways to keep people in the community.

I know about what is happening on Vancouver Island. At the Comox Valley Nursing Centre they have multidisciplinary teams who are offering all kinds of services to keep people in that community and out of the hospital down the island in Victoria. There are all kinds of innovative programs in the Downtown Eastside in Vancouver that are trying to support people in finding housing and doing what they need to do to be healthy, however they define that.

I get concerned about our focus on the people who are living with mental illness and addictions. We need to think about prevention too. There needs to be a continuum of services. There are programs at the Hospital for Sick Children for infant mental health. That means looking at the family and what supports are in place to the family to encourage parenting methods that will

sérieuse et qui s’occuperait non seulement de cet aspect de leur existence, mais également de leur être tout entier. Bien souvent, les personnes atteintes d’une maladie mentale sérieuse n’ont pas accès à un médecin de famille si elles ne sont pas reliées d’une façon ou d’une autre à leur famille ou à quelqu’un d’autre, et si elles ont également d’autres problèmes de santé. Il s’agit de notre filiale de Windsor-Essex, établie à Windsor. Cette filiale a adopté cette approche parce que les membres se sont rendu compte, dans le cadre de la prestation de services de soutien et de traitements par l’entremise de leurs équipes d’accueil professionnelles, qu’il manquait un élément que personne d’autre au sein de la collectivité n’était capable d’offrir. Aujourd’hui, la filiale essaie d’offrir ce qui manque.

Dans plusieurs de nos filiales, nous en comptons 125 à l’échelle du pays, certains des services sont offerts par l’entremise de professionnels des soins de santé. Par exemple, des patients laisseront leurs médicaments à ces professionnels, puis reviendront les chercher parce qu’ils ont décidé que c’est la seule façon de mener une existence à peu près équilibrée. De même, cette approche permet aux professionnels des soins de santé d’aider ces personnes si elles ont besoin de consulter un travailleur social à cause de problèmes de logement, par exemple, ou si elles ont besoin de voir quelqu’un d’autre. La filiale aide les personnes à accéder au reste de l’équipe. Nous comptons plusieurs filiales qui fonctionnent de cette manière. Je pourrai vous fournir la liste des filiales qui offrent des services de cette nature.

Le président : Cela serait très utile. De toute évidence, nous pouvons bien vous décrire ce que nous souhaiterions ce qui se produise, mais c’est une toute autre chose que d’être capable de dire « Voici deux ou trois ou quatre exemples de situation qui donnent des résultats ».

Mme Christine Davis : C’est une excellente question, mais il y a des éléments de programme qui donnent de très bons résultats à l’échelle du pays. Nous devons élargir notre approche afin de ne pas avoir à nous demander comment faire pour incorporer ces programmes dans l’ensemble du système que sont les institutions ou qui comprennent les institutions. Les gens ne séjournent pas dans les institutions pendant de longues périodes; ils reviennent aux institutions lorsque la collectivité ne parvient pas à les aider. Nous devons chercher des façons novatrices de garder les gens au sein de la collectivité.

Je suis au courant de ce qui se passe sur l’île de Vancouver. Au Comox Valley Nursing Centre il y a des équipes pluridisciplinaires qui offrent toutes sortes de services pour maintenir les gens dans la collectivité et leur éviter d’aller à l’hôpital, à Victoria. Il y a toutes sortes de programmes innovateurs dans le Downtown Eastside de Vancouver qui cherchent à soutenir les gens et à les aider à se trouver un logement et à faire ce qu’il faut pour demeurer en santé, peu importe la définition qu’ils en donnent.

J’ai des réserves concernant la façon dont nous concentrons nos énergies sur les personnes qui vivent avec une maladie mentale ou qui vivent des problèmes de toxicomanie. Nous devons penser à la prévention, et il doit y avoir une continuité dans les services. L’Hôpital pour les enfants malades administre des programmes de santé mentale pour les jeunes enfants. Cela suppose d’examiner

promote the child's mental health. That includes housing. That includes food. It includes access to support, community programs and those kinds of things. The whole early development initiative that the government has undertaken is one step in the right direction, but how that is implemented in each area is a dog's breakfast. I do not have an answer, but there are pockets of innovative programs, and certainly I could provide you with information on those.

Senator Keon: Thank you very much.

Mr. Arnett: I agree with Ms. Davis wholeheartedly about the need for health promotion and prevention. It is not on the radar screen as much as it should be. The Winnipeg Regional Health Authority has developed what are called health access centres. These are, in concept, exactly what you have described. They not only bring together multidisciplinary groups, but also social services if you are trying to find a job — employment counselling and so on. The reality, however, is that while they are terrific in concept and some bricks and mortar have gone up, in fact the professional staff and other staff have never been funded. While we have a great concept, we cannot actualize it because of a lack of funding. That funding exists in the institutions, but it is very difficult to move it to the community.

Senator Keon: One of the problems there is that the institutions have been around for a long time. They have their organization and their agenda. When a little funding becomes available, they are positioned to go after it. For the kind of thing you are talking about, we somehow have to get ahead of the situation we are in now, develop a plan, and at least open the door to the growth of the concept. At the present time, the people who develop these concepts have nowhere to go.

Mr. Arnett: You are absolutely correct.

Ms. Christine Davis: You are right about organizations. They have been in place for so long and are very powerful. When money is given to ministries of health and then to health authorities, health authorities do what is most pressing, and that is to reduce wait lists for hip surgery, knee replacement, cardiac surgery and that kind of thing. If it is not earmarked for mental health, it is not put into mental illness and addictions. Mental illness and addictions are at the bottom of the hierarchy of health care, and people with those problems are seen as less deserving than others. It almost needs to be earmarked for mental health from the get-go.

Again, I will talk about British Columbia because that is where I am from. The Ministry for Children and Family Development there instituted a mental health plan. They put dollars behind that. It is a community-based mental health plan with lots of

la situation de la famille et des mesures de soutien qui existent pour cette famille afin d'encourager des méthodes parentales qui favoriseront la santé mentale de l'enfant. Cela comprend aussi le logement. Cela comprend également l'alimentation. Cela comprend l'accès à des services de soutien, à des programmes communautaires et ainsi de suite. L'ensemble de l'initiative de développement précoce lancée par le gouvernement est un pas dans la bonne direction mais la façon de la mettre en œuvre dans chaque secteur pose problème. Je n'ai pas de réponse, mais il y a des éléments de programme innovateurs et je pourrais assurément vous fournir de l'information sur ces éléments.

Le sénateur Keon : Merci beaucoup.

M. Arnett : Je suis tout à fait d'accord avec Mme Davis concernant la nécessité de faire la promotion de la santé et de faire de la prévention. Cela n'est pas aussi présent que nous l'aimerions. Le Winnipeg Regional Health Authority a mis au point ce que l'on appelle des centres d'accès à des soins de santé. En théorie, ce sont exactement ce que vous avez décrit. Non seulement réunit-on des groupes pluridisciplinaires, mais aussi des services sociaux pour les personnes qui recherchent un emploi, du counselling d'emploi et ainsi de suite. Toutefois, si ces concepts sont extraordinaires et s'ils ont donné lieu à certaines réalisations, le personnel professionnel et les autres intervenants n'ont jamais obtenu de financement. Malgré l'existence d'un concept intéressant, nous ne pouvons y donner suite faute de fonds. Par contre, les institutions bénéficient de fonds, mais il est très difficile de transférer ces fonds à la collectivité.

Le sénateur Keon : Un des problèmes est que les institutions sont là depuis fort longtemps, qu'elles ont leur propre organisation et leurs propres programmes. Dès que des fonds sont disponibles, elles sont en mesure de se les approprier. En ce qui concerne les initiatives dont vous parlez, nous devons dépasser le stade où nous en sommes présentement, élaborer un plan et à tout le moins ouvrir la porte à un développement de ce concept. À l'heure actuelle, les personnes qui élaborent ce concept n'ont nulle part où aller.

M. Arnett : Vous avez tout à fait raison.

Mme Christine Davis : Vous avez raison en ce qui a trait aux organisations. Elles sont en place depuis fort longtemps et elles sont très puissantes. Les fonds des ministères de la Santé sont attribués aux autorités de la santé qui s'empressent de faire ce qui est de plus pressant, c'est-à-dire réduire les listes d'attente pour la chirurgie de la hanche, du genou, la chirurgie cardiaque et ainsi de suite. Ces fonds ne sont jamais réservés à la santé mentale, et ils ne seront jamais consacrés à la maladie mentale ni aux toxicomanies. La maladie mentale et les toxicomanies sont au bas de l'échelle des soins de santé et les personnes aux prises avec ces problèmes sont perçues comme étant moins méritantes que les autres. Il faut que ces fonds soient réservés à la santé mentale dès le départ.

J'en reviens à la Colombie-Britannique, parce que je viens de là. Le ministère pour le Développement des enfants et la Famille a instauré un plan de santé mentale. Ce plan de santé mentale est axé sur la collectivité et bénéficie de subventions importantes pour

dollars for early detection, prevention, intervention, all of those aspects. They have to do certain specific things with that money. It can be done.

Senator Fairbairn: I have tried to go through your presentations, all of which were great, and find a question for each of you.

I will rattle off the questions and then one can start and you can think about it as you go along.

Mr. Arnett, you mentioned in your remarks that underinsured Canadians have little or no access to needed psychological services. You say that this will likely worsen in the future without an appropriate legislative remedy. Could you explain what you are looking at as far as a legislative remedy is concerned, whether it is just dollars and cents or a significant change in policy?

Mr. Arnett: What I mean by that is that the vast majority of psychological services, probably three-quarters, are paid for privately. There are a small number of services that are paid for within the health care system. However, the vast majority of psychological services that people receive are paid for out of their own pockets or through some kind of an insurance scheme.

If we look at the various acts, they refer to funding for medically necessary procedures, and I use the words "medically necessary" because that is the term in the legislation. That means it excludes a large number of services that are provided by non-medical disciplines. This creates a serious problem of access to these services, which are very effective; in fact, if you ask people about their preferences, they will choose them. They will choose them over a lot of pharmaceutical products, but they do not have access to them because the legislation does not create the conditions where these are funded to any significant level.

Unless there is some legislative change, and you would know better about that than I, we will have a continuing situation where people who are uninsured, or do not have supplementary plans, simply cannot afford them because most of them are in the private domain; they are not in the public domain.

Senator Fairbairn: Thank you very much. It might be one issue we can follow up. Ms. Davis, you have talked about seniors, and I think this is one of the saddest end-result pieces of this puzzle. You talk about the need to explore the use of non-traditional approaches to maintain people in the community as much as possible. Yet you often find that seniors are almost encouraged, if they are in hospital, to go into a home that is not their own. Could you talk a little about the non-traditional approaches that you were referring to?

Ms. Christine Davis: Some of those non-traditional approaches include daycare for seniors. For instance, people who have a longstanding mental illness or late-onset mental illness with aging are taken to places for the day so that family members who

le dépistage hâtif, la prévention, l'intervention et ainsi de suite. Les responsables du plan ont des choses spécifiques à faire avec ces fonds. Ce qui prouve qu'il y a moyen d'y arriver.

Le sénateur Fairbairn : J'ai cherché à revoir vos exposés, qui étaient tous très bien, afin de trouver une question pour chacun de vous.

Je vous énumère les questions, puis vous pourrez commencer à y répondre et à y réfléchir au fur et à mesure.

Monsieur Arnett, vous avez dit dans vos observations que les Canadiens qui ne sont pas suffisamment assurés ont peu ou pas d'accès aux services psychologiques nécessaires. Vous dites que cela risque de se détériorer dans le futur sans un remède législatif approprié. Pourriez-vous expliquer ce que vous recherchez en ce qui a trait à ce correctif législatif, pour nous dire s'il s'agit d'une simple question de financement ou d'un changement important à la politique?

M. Arnett : Je veux dire que la vaste majorité des services psychologiques, probablement les trois quarts, sont payés par le secteur privé. Il y a un petit nombre de services qui sont payés dans le cadre du système de soins de santé. Toutefois, la vaste majorité des services psychologiques qui sont dispensés aux patients sont payés par les patients eux-mêmes ou par une assurance quelconque.

Si on considère les divers textes de loi, ils font référence à du financement pour les procédures nécessaires au plan médical, et j'utilise les mots « nécessaires au plan médical » parce que c'est souvent l'expression que l'on retrouve dans les textes de loi. Cela exclut un grand nombre de services fournis par des disciplines qui ne sont pas reliées à la médecine. Cela crée un problème sérieux d'accès à ces services, lesquels sont très efficaces. De fait, les gens à qui on pose la question les choisiront. Ils les choisiront au lieu de se rabattre sur les produits pharmaceutiques, mais ils n'y ont pas accès parce que la législation ne crée pas les conditions nécessaires pour que le financement atteigne un niveau suffisant.

À moins de changements législatifs, et vous êtes sûrement mieux placé que moi pour le savoir, les gens qui ne sont pas assurés ou qui n'ont pas de régime d'assurance complémentaire ne pourront tout simplement pas s'offrir ces services, parce qu'ils sont offerts par le secteur privé et non par le secteur public.

Le sénateur Fairbairn : Merci beaucoup. Il s'agit peut-être là d'une question que nous devrions suivre de plus près. Madame Davis, vous avez parlé des personnes âgées et je crois que c'est là une des conséquences les plus tristes de tout ce casse-tête. Vous parlez de la nécessité d'explorer l'utilisation d'approches non traditionnelles pour maintenir les gens dans la collectivité dans toute la mesure du possible. Pourtant, on constate que souvent les personnes âgées sont incitées, surtout si elles sont hospitalisées, à aller dans une résidence qui n'est pas la leur. Pourriez-vous nous parler un peu des approches non traditionnelles auxquelles vous faites référence?

Mme Christine Davis : Certaines de ces approches non traditionnelles comprennent des centres de soins de jour pour les aînés. Par exemple, des personnes atteintes d'une maladie mentale de longue date ou associée à la vieillesse sont amenées

provide care to them in their own homes can still continue to work and have a life outside of taking care of their parent or whatever.

There are arrangements like having people who are not nurses do home visits and spell people off for a couple of hours to go out and buy groceries, go to doctors' appointments, et cetera. Those are some of the more innovative, non-traditional kinds of programs that I am aware of.

I think if we ask families and people who work with the elderly what kind of non-traditional, innovative programs they would like to see, they have ideas; they have that knowledge. I cannot speak to those off the top of my head, but I can certainly find out and forward that to the committee. All I am aware of is the daycare kind of model.

Senator Fairbairn: Ms. Marrett, you have talked about progressive subsidies supporting, for example, training and child care. You focus on a strong link between education level and income.

One issue I have spent a lot of time on over the years is literacy. One of the saddest aspects is the adults who have not learned to read or write for whatever reason, whether they have problems physically or mentally or have just fallen through the cracks. Whether their child is in daycare or not, they still have to come home at night and face the lack of that support, because it is not there.

The strain on individuals and families due to this situation is huge. I am wondering whether, when you are speaking of education, you are thinking of them as well, and not just institutional education.

Ms. Marrett: We are looking at it in a broader sense. Recently, we produced a booklet with the Hincks-Dellcrest Centre, for example, on mental health and early childhood care. It was specifically designed for early childhood educators: What are some of the things that they could do working in a child care setting to improve and maintain a young child's mental health? It is specifically designed to assist people working with very young children — in a daycare setting, for example — and it is not just the child, it is the family.

I have a young child myself and I can recall going to an evening session held by the daycare centre about "literacy and my child." I was quite stunned by the number of parents who did not recognize the importance of reading to children, and then I realized that many of those individuals had not been read to themselves. Because of that, they were not aware of the importance of it; but the daycare was taking on that responsibility to help parents understand the importance and the importance of continuing with it over a long period.

dans ces centres pour la journée afin que les membres de la famille qui s'en occupent à leur domicile puissent travailler et avoir une vie normale à part les soins qu'ils assurent à leurs parents ou à une autre personne.

Il y a des ententes selon lesquelles des personnes qui ne font pas partie du personnel infirmier font des visites au domicile de ces personnes âgées et les accompagnent à l'épicerie ou à un rendez-vous chez le médecin, et cetera. Ce sont les programmes les plus novateurs et non traditionnels que je connaisse.

Je pense que si nous demandons aux familles et aux personnes qui travaillent avec les personnes âgées de quel type de programmes non traditionnels et novateurs ils auraient besoin, ils auront des idées; ils connaissent ce domaine. Je ne peux pas répondre précisément à cette question, mais je peux certainement me renseigner et transmettre cette information au comité. Le seul modèle que je connais, c'est celui des centres de jour.

Le sénateur Fairbairn : Madame Marrett, vous avez parlé de subventions progressives qui encouragent, par exemple, la formation et les soins aux enfants. Vous établissez une relation étroite entre le niveau d'éducation et les revenus.

Je m'intéresse depuis des années au problème de l'alphabétisation. Un des aspects les plus désolants est celui des adultes qui n'ont pas appris à lire et à écrire parce qu'ils avaient des problèmes physiques ou mentaux ou parce qu'ils ont simplement été oubliés par le système. Peu importe si leur enfant fréquente ou non un service de garde, ils doivent tout de même rentrer à la maison le soir et faire face à ce manque de soutien, car ce soutien n'existe pas.

Cette situation est une source de tension énorme du point de vue personnel et familial. Je me demandais si, lorsque vous parlez d'éducation, vous pensez également à eux et pas seulement à l'éducation offerte dans les établissements scolaires.

Mme Marrett : Nous considérons la situation dans un sens plus large. Par exemple, nous avons récemment publié une brochure sur la santé mentale et les soins aux jeunes enfants en collaboration avec le Hincks-Dellcrest Centre. Cette brochure s'adresse spécialement aux éducateurs de la petite enfance et identifie ce qu'ils peuvent faire dans le cadre de leur travail en vue d'améliorer et de préserver la santé mentale des jeunes enfants. Elle a été élaborée spécialement pour aider ceux qui travaillent avec les jeunes enfants — dans une garderie, par exemple — et pas aider seulement l'enfant, mais aussi la famille.

Je suis moi-même mère d'un jeune enfant et je me souviens d'une rencontre organisée par la garderie et dont le thème était « l'alphabétisation et mon enfant ». J'ai été extrêmement surprise de constater qu'un grand nombre de parents ne réalisait pas l'importance de la lecture pour les enfants, et j'ai ensuite compris que plusieurs ne s'étaient jamais fait lire des histoires. Cela expliquait pourquoi ils ne comprenaient pas son importance. Cependant, la garderie prenait l'initiative d'aider les parents à comprendre l'importance de la lecture et aussi l'importance d'en faire une habitude à long terme.

In that sense, from our perspective, it is not just individuals in a formal institution or setting, it is everyone.

We produced a booklet recently, a resource for individuals who are in higher education. It is called *Your Education - Your Future*, and it is to assist the mentally ill in community college or university, if they need accommodations, for example, with how to go about finding those accommodations to enable them to complete their program.

We also have produced a new resource for high school students called *Mental Health in High School*, and it talks about mental health on the broadest continuum, which would include mental illness. It is designed to help them as individuals who may or may not wish to speak to their parents about some of their anxieties or issues or how they are feeling with what steps they can take to help themselves, and also what steps they can take if a friend is feeling anxious.

I think the education system is trying to address some of those issues through education of parents; but in the end, the resources are so limited that only a certain number can do it. One of our biggest challenges is where the resources are being spent.

Senator Cook: On the question of continuing education, I would like your opinion on a possible federal bursary program for people within the system, such as a nurse wanting to become a nurse practitioner. Any number of disciplines could be provided for and the programs delivered in myriad ways, such as teleconferencing, telemedicine and correspondence courses. The nurse may be married with a family and not have the resources or time to pursue those goals.

Ms. Marrett, I would like to speak to the issue of affordable housing. We have not talked much about the role of the NGOs in this mental health system. Am I to understand that there is money sitting in the federal treasury because of the lack of matching funds from the provincial treasuries or NGOs? Is that correct? In my province, the United Church of Canada is in partnership with the federal government to provide affordable housing for consumers of mental health services. Currently we have up to 79 units. The good news is that the clients run the facilities. It is a good news story. I think there is a role for us in reaching out to the volunteer sector. With the proper underpinnings to help them, they can provide a wonderful service. I think that across this country many NGOs and volunteer agencies are doing that kind of work. Have you ever looked at the value of that to see if we could enhance it?

Also in my province, seniors' resource centres play a valuable role in the enhancement of their lives. Loneliness is common among seniors and get-togethers for activities and meals at a resource centre can provide wonderful relief. Many good things are happening across this country but we do not know about

Dans ce sens, nous pensons qu'il n'est pas question uniquement des personnes dans un contexte d'établissement scolaire, cela touche tout le monde.

Nous avons récemment produit une brochure intitulée *Your Education — Your Future* qui s'adresse aux personnes qui étudient présentement à un niveau d'éducation plus élevé. Cette brochure aide les personnes atteintes d'une maladie mentale et qui fréquentent les collèges ou les universités en expliquant, par exemple, comment trouver l'hébergement dont elles auront besoin pendant leurs études.

Nous avons aussi produit un outil pour les étudiants de niveau secondaire, *Mental Health in High School*, qui traite de la santé mentale dans le sens le plus large et qui englobe les maladies mentales. Cette brochure a été conçue pour aider les jeunes qui peuvent décider de parler ou non à leurs parents de leurs anxiétés et des questions qui les préoccupent, de leurs sentiments à l'égard de ce qu'ils doivent faire pour s'aider, ainsi que des conseils si un de leurs amis souffre d'anxiété.

Je pense que le système d'éducation essaie de résoudre certains de ces problèmes en éduquant les parents; mais finalement, les ressources sont tellement limitées que seul un petit nombre y arrive. Un de nos plus grands défis relève de l'allocation des ressources.

Le sénateur Cook : Sur la question de l'éducation permanente, j'aimerais savoir ce que vous pensez d'un éventuel programme fédéral de bourses pour les personnes qui travaillent déjà dans le milieu, par exemple, une infirmière qui voulait devenir infirmière praticienne. Les programmes pourraient offrir plusieurs disciplines et être réalisés de nombreuses façons, comme la téléconférence, la télémedecine et les cours par correspondance. Cette infirmière pourrait être mariée et avoir une famille et ne pas avoir les moyens ni le temps de réaliser cet objectif.

Madame Marrett, j'aimerais aborder la question du logement à prix abordable. Nous n'avons pas beaucoup parlé du rôle des ONG dans le système de santé mentale. Dois-je comprendre qu'il y a des fonds disponibles et inutilisés au niveau fédéral en raison de l'absence d'une contribution égale de la part des provinces ou des ONG? Ai-je bien compris? Dans ma province, il existe un partenariat entre l'Église unie du Canada et le gouvernement fédéral afin d'offrir des logements à prix abordable aux clients des services de santé mentale. Présentement, nous comptons 79 logements. La bonne nouvelle est que les clients assurent la gestion des lieux. C'est une nouvelle intéressante. Je pense que nous pourrions jouer un rôle pour rejoindre le milieu des bénévoles. En ayant le soutien nécessaire, il pourrait offrir un excellent service. Je pense qu'il y a au Canada plusieurs ONG et organismes bénévoles qui font ce genre de travail. Avez-vous étudié la pertinence de cette question pour voir comment si nous pourrions mieux utiliser ces ressources?

Dans ma province, les centres de ressources pour personnes âgées sont un facteur important dans l'amélioration de leur vie. Les personnes âgées souffrent souvent de la solitude et les activités et les repas organisés par les centres offrent un formidable réconfort. Il se passe des choses intéressantes dans l'ensemble du

them all. Is there some way that they could be coordinated? We are looking for ways to care for people in a heart-warming, dignified manner.

I am a member of a drop-in centre for consumers of mental health care. We are celebrating 25 years this year. Senator Fairbairn has heard about my literacy program. About 75 to 80 people dropping in there each day could not focus on their medicines. They did not know how to read the prescription information and would forget to take them. These social centres become their second home, because their first home might be a boarding house. At the social centre they become part of an extended family. I hope that when you go to Newfoundland you will visit us. Now, because of its evolution, we are able to bring in nursing students and social worker students on their rotation systems. This all happens thanks to the generosity of a volunteer sector of this country. I would like your opinions on some of those activities.

Ms. Marrett: I will talk a little about the housing issue. Many local affiliates of the Canadian Mental Health Association are actively involved in housing within their communities for people who are seriously and persistently mentally ill. There are some wonderful examples across the country of how the organization has been able to raise the necessary funds to build apartment dwellings or other appropriate housing for individuals so that they can live as independently as possible. There are different models available, such that some may have more supportive housing arrangements than others.

The challenge for NGOs in this area is the continuing, regular, day-to-day costs of maintenance, particularly when governments change and then spending priorities change. What do we do? Do we abandon the individuals? There needs to be the ability to plan on a multi-year basis, so that if capital costs are involved, the NGO is able to plan for those, knowing that the funding will be available.

Many seriously mentally ill people in this country do not live in housing that any of us have ever seen or would want to live in. We need to provide those things that give people dignity and make them proud of where they live.

Unfortunately, because of the stigma, it is much more difficult for people who are mentally ill to find the right housing to meet their needs in many communities. Yet we are stretched to the absolute limit in our ability to provide appropriate housing or programs. In one community that I am aware of, we do not provide the housing but we do provide all the independent living services. In Calgary, the organization that provides the housing used to be attached to our organization, but it became a separate, incorporated, charitable organization and now raises all the money. It is a fabulous program because these two organizations

pays sans que nous le sachions. Ne serait-il pas possible de les coordonner? Nous cherchons comment prendre soin des gens de manière chaleureuse et digne.

Je suis membre d'un centre de jour pour personnes ayant besoin de services en santé mentale dont nous célébrerons cette année le 25^e anniversaire. Le sénateur Fairbairn a entendu parler de mon programme d'alphabétisation. Près de 75 à 80 personnes qui le fréquentent quotidiennement étaient incapables de s'occuper de leurs médicaments. Elles ne savaient pas lire l'information qui accompagne les médicaments et elles oubliaient de les prendre. Ces centres deviennent leur second foyer parce qu'elles habitent dans des pensions. Au centre social, elles font partie d'une famille élargie. J'espère que vous nous pourrez nous visiter lorsque vous viendrez à Terre-Neuve. Maintenant, parce que le centre s'est développé, nous pouvons accueillir des étudiants en soins infirmiers et en travail social dans le cadre de leurs stages. Tout ceci s'est organisé grâce à la générosité du milieu des bénévoles. Que pensez-vous de ces activités?

Mme Marrett : Je vais parler brièvement de la question du logement. De nombreux membres de l'Association canadienne pour la santé mentale travaillent activement dans leur communauté pour améliorer le logement des personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes. Nous voyons dans l'ensemble du pays de merveilleux exemples d'organisations qui ont réussi à recueillir les fonds nécessaires à la construction d'immeubles à appartements ou d'autres formes de logement appropriées pour ces personnes et qui leur permettent de vivre de la façon la plus autonome possible. Différents modèles sont possibles afin que certains endroits offrent un plus grand soutien que d'autres.

Le défi qui se présente aux ONG dans ce domaine est celui des coûts récurrents, réguliers et quotidiens de l'entretien, plus particulièrement lors de l'arrivée d'un nouveau gouvernement et des changements apportés aux priorités de dépenses. Que faire? Allons-nous abandonner ces personnes? Nous devons être en mesure de planifier sur une base pluriannuelle, de façon à ce que si des dépenses d'immobilisations sont nécessaires, les ONG soient en mesure d'en faire la planification en sachant que les fonds seront disponibles.

Plusieurs personnes atteintes de maladies mentales graves vivent dans des logements comme certains d'entre-nous n'en ont jamais vu ou ne voudraient vivre. Nous devons faire ce qu'il faut pour que les gens se sentent dignes et fiers de l'endroit où ils habitent.

Malheureusement, en raison du stigmate, les personnes atteintes d'une maladie mentale éprouvent de grandes difficultés à trouver un logement qui convienne à leurs besoins dans de nombreuses communautés. Pourtant, nous avons atteint la limite absolue dans notre capacité à offrir des logements ou des programmes appropriés. Je connais le cas d'une communauté où nous n'offrons pas de logements mais dans laquelle assurons tous les services d'aide à la vie autonome. À Calgary, l'organisation qui s'occupe de la question du logement relevait auparavant de notre organisation, mais elle est devenue un

are working closely together. One provides the housing, the bricks and mortar, and the other provides the independent living services to enable people to live as independently as possible.

Senator Cook: There are a couple of similar places in Ottawa that the committee might want to explore. They are provided through a partnership between a church and the Mennonites. The Mennonites provide the housing and its maintenance, and the church provides other services.

The Chairman: That would be worth doing.

Mr. Arnett: We believe in the importance of social support such as you described at the seniors' resource centres. Social support is important in mental health problems, addictions, and in physical health problems. The seniors' resource centres and the kind of support they provide serve as a good example for health care in general. I was intrigued by your concept of a bursary. This would allow people who could not train otherwise to upgrade their skills. That is a most interesting idea.

Senator Cook: The federal government could take ownership of such a program and there would be a single source of funding and resources. The diversity of the country causes fragmentation, and this is an opportunity to put the idea forward, if you think there is merit in it.

Ms. Davis: I understand that the Canadian Nurses Association asked for such bursaries in its last presentation before the Finance Committee. I think it is a great idea. Many nurses would like to work as nurse practitioners but may have young families and not be able to afford to go back to school full time. It is difficult to work, raise a family and study. People do it, but a bursary would make it much easier and would speak to the value that we put on people's education and the skills that they would bring to their work.

I would like to support the idea of the drop-in centres and resource centres. I have worked in mental health for many years.

I am contradicting myself here, but I do not agree with keeping people in institutions. I worked in institutions, and when they were closed in this province it was a very sad thing to go and visit people in one-room back garages. I remember visiting a man who sat in an armchair in a shed all day, and the highlight of his day was me coming to give him two cigarettes, a loonie and his medications. That, to me, is the saddest part, when people who have been raised and spent all of their lives in these institutions are now put out into communities where they are isolated and have no family. The nurses, the hospital staff and the other patients were their family.

organisme caritatif distinct et incorporé qui s'occupe maintenant de trouver le financement. Il s'agit d'un programme extraordinaire parce que ces deux organisations travaillent en étroite collaboration. Une s'occupe du logement, des briques et du ciment tandis que l'autre s'occupe des services d'aide à la vie autonome.

Le sénateur Cook : Il existe deux cas semblables à Ottawa qui pourraient intéresser le comité. Ils sont issus du partenariat entre une église et les Mennonites. Les Mennonites assurent les services associés au logement et à l'entretien et l'église se charge des autres services.

Le président : Cela vaudrait la peine de s'y intéresser.

M. Arnett : Nous croyons en l'importance du soutien social tel que vous nous l'avez décrit et qui est offert dans les centres de ressources pour personnes âgées. Le soutien social est important pour les problèmes de santé mentale, de toxicomanie et de santé physique. Les centres de ressources pour les personnes âgées et le genre de soutien qu'ils assurent sont un exemple pour les services de santé en général. Votre concept de bourses a éveillé ma curiosité. Ces bourses permettraient à certaines personnes de perfectionner leurs compétences alors qu'elles ne pourraient pas le faire autrement. Cette idée est vraiment très intéressante.

Le sénateur Cook : Le gouvernement fédéral pourrait décider d'offrir un programme de ce genre. Il n'y aurait qu'une seule source de financement et de ressources. La diversité du pays est une source de fractionnement, et il est possible de promouvoir cette idée si vous trouvez qu'elle en vaut la peine.

Mme Davis : Je comprends que l'Association des infirmières et infirmiers du Canada a demandé des bourses de ce genre la dernière fois qu'elle s'est présentée devant le Comité des finances. Je pense qu'il s'agit d'une excellente idée. Beaucoup d'infirmières aimeraient devenir des infirmières praticiennes, mais elles sont incapables de retourner aux études parce qu'elles ont de jeunes familles. C'est très difficile de travailler, d'élever une famille et d'étudier. Certaines personnes y arrivent, mais cela serait plus facile avec une bourse qui témoignerait de l'importance que nous accordons à l'éducation et aux compétences que ces personnes apporteraient à leur travail.

Je voudrais souligner mon soutien aux centres de jour et aux centres de ressources. J'ai travaillé dans le domaine de la santé mentale pendant plusieurs années.

Je vais maintenant me contredire, mais je n'approuve pas l'idée de garder les gens dans des établissements. J'ai travaillé dans des établissements provinciaux et, après leur fermeture, c'était très triste de visiter ces personnes qui vivaient dans un logement d'une pièce à l'arrière des garages. Je me souviens d'avoir visité un homme qui passait toute la journée assis dans une chaise dans un cabanon et pour lequel le moment le plus important de la journée était lorsque je lui apportais deux cigarettes, un dollar et ses médicaments. À mes yeux, il n'y a rien de plus triste que de voir ces gens qui ont été élevés et qui ont vécu toute leur vie dans ces établissements se retrouver dans des communautés où ils sont isolés et sans famille. Les infirmières, le personnel de l'établissement et les autres patients étaient leur famille.

Recently in British Columbia they closed Riverview, which is a provincial hospital. They are sending some of the seniors back to Vancouver Island because that is where they came from many years ago. They put those people on an airplane. They had never been out of the institution, and they put them on an airplane. They were terrified. There are all sorts of stories about people being moved out of what was their home and put in isolated places. They need places to go where they can connect socially.

Senator Cook: Going back to my idea of a bursary program, I understand that the nurse practitioners across this nation are developing national standards?

Ms. Davis: Yes.

Senator Cook: There is an opportunity here for a nurse practitioners' discipline. I think they have a role to play here. If we could dream a little and put a bursary program in place — and there is an underpinning now that you are talking about accessing, Mr. Chair — we could access that program and show where the system has been proactive.

Senator Cochrane: My question is to Mr. Arnett in regards to his presentation. You were saying that most psychological services that people require are provided in the private sector rather than the public sector. I would like to ask you about the private sector, because generally, patients who cannot get, say, operations or whatever, do go to the private sector. That private sector is generally outside Canada.

What private sector are you talking about here in regard to mental illness?

Mr. Arnett: In this country, there is a tremendous shortage of services that are funded with public dollars. When I talk about public sector funding, I am talking about money for psychological services within communities or within institutions. There is very little of that. The vast majority of psychologists in this country work outside of institutions, outside of community centres, and in fact support themselves through the income that they generate by providing their services.

That is in significant contrast to physicians, who get 98 per cent of their income from the public sector. Very little money comes from the public sector to support the overall psychological activities in the country. That means that those people who require those services more often than not have to access them and pay for them themselves.

Senator Cochrane: Would it be fair to say that people with mental illness do not get the holistic program that they should be getting, services from psychologists, psychiatrists, doctors and nurses and so on? Do they get this holistic program if they access private care, or is it just a stopgap? They will get a certain part of the treatment and then possibly go back to the public sector?

Dernièrement, la Colombie-Britannique a fermé l'hôpital provincial Riverview. Certaines personnes âgées ont été retournées à l'île de Vancouver, là d'où elles étaient venues il y a de nombreuses années. Ils ont mis ces personnes dans des avions. Ces personnes qui n'avaient jamais quitté l'établissement ont été déplacées par avion. Elles ont été terrifiées. Nous entendons toutes sortes d'histoires sur des personnes qui ont été obligées de quitter ce qui était leur foyer pour se retrouver dans des endroits isolés. Ces personnes ont besoin d'endroits où elles peuvent avoir des contacts sociaux.

Le sénateur Cook : Je reviens sur mon idée d'un programme de bourse. Si j'ai bien compris, les infirmières praticiennes du pays sont en train d'établir des normes nationales?

Mme Davis : Oui.

Le sénateur Cook : Il y a présentement une possibilité pour définir la discipline d'infirmière praticienne. Je pense que nous avons un rôle à jouer à cet égard. Si nous pourrions rêver un peu et mettre sur pied un programme de bourse — et qu'il y a le soutien possible auquel vous avez fait référence, monsieur le Président — nous pourrions utiliser ce programme et montrer comment le système a été proactif.

Le sénateur Cochrane : Ma question s'adresse à M. Arnett et porte sur sa présentation. Vous disiez que la plupart des services psychologiques nécessaires sont dispensés par le secteur privé plutôt que par le secteur public. J'aimerais en savoir plus sur le secteur privé, parce que généralement les patients qui ne peuvent pas, disons, obtenir une opération ou certains traitements, s'adressent au secteur privé. Ce secteur privé est souvent à l'extérieur du Canada.

De quel secteur privé parlez-vous par rapport aux maladies mentales?

M. Arnett : Dans notre pays, il y a une énorme lacune dans les services financés avec l'argent des contribuables. Lorsque je parle du financement du secteur public, je veux dire de l'argent consacré aux services psychologiques offerts au niveau communautaire ou dans les établissements. Il y a très peu de ces services. La grande majorité des psychologues du pays travaillent hors des établissements et des centres de santé communautaires et, de fait, leurs salaires proviennent généralement des services qu'ils dispensent.

Cette situation offre un contraste important avec les médecins dont les salaires sont versés à 98 p. 100 par le secteur public. Le secteur public ne consacre que très peu d'argent aux services de psychologie à l'échelle nationale. Ceci signifie que les gens qui ont besoin de ces services n'y ont pas souvent accès et qu'ils doivent eux-mêmes en défrayer les coûts.

Le sénateur Cochrane : Serait-il correct d'affirmer que les personnes qui sont atteintes d'une maladie mentale ne reçoivent pas le programme holistique qu'ils devraient recevoir de la part des psychologues, des psychiatres, des médecins, des infirmières, et cetera? Si ces personnes se tournent vers le secteur privé, ont-elles accès à un programme holistique ou à un service de dépannage? Est-ce qu'elles reçoivent une partie des traitements et qu'elles reviennent ensuite au secteur public?

Mr. Arnett: By and large, people do not get comprehensive care within the context of our public system. On any given day, in any given institution or any community facility, they may, but there is a greater chance that they will not. There is a much greater chance that they will pretty well exclusively receive medications for their problems, whether they like it or not.

If you ask people, for example, whether they want any treatment or no treatment, they will take any treatment. If you ask them whether they want a more comprehensive approach or a medication approach, they will choose the more comprehensive approach. However, they do not have access to that.

Senator Cochrane: You say in Ontario the present number of training positions has fallen below a level sufficient to fully train the required number of doctoral-level psychologists. What has happened? Have we closed down some of the universities? Have we closed some of the training positions in hospitals? What has happened in Ontario?

Mr. Arnett: What has happened in Ontario is exactly that. They have closed training positions in hospitals. Hospital budgets have been squeezed to the extent that staff psychologists are given a choice. They either maintain themselves or cut their training positions. It is a *Sophie's Choice* in many instances that is unpalatable. With the squeezing of hospital budgets here, they have cut these training positions and they are no longer adequate to replace the current practitioners.

Senator Cochrane: Could you give us some positive stories in which people with mental illness have experienced great improvements? Have funds been used to build on great solutions that we can pass on to our own provinces?

Mr. Arnett: Are you directing that to me?

Senator Cochrane: To anyone, I am looking for positive stories.

The Chairman: It is called "looking for a ray of sunshine after five hours of gloom."

Mr. Arnett: Let's face it, the vast majority of the conditions that people suffer from are treatable and they do well with treatment. There are a small percentage of people who do not. There are a small percentage of people who do not recover. If you look at mood disorders and anxiety disorders, which are the most prevalent disorders, people can be treated for those successfully, either pharmacologically or psychologically, socially, and they do very well. The good news is that most people do very well with appropriate treatment. That is the reality.

There are a small percentage of people who, no matter what you do, need and will continue to need a great deal of support over the long haul. It is not a negative picture overall.

M. Arnett : Généralement, les patients ne reçoivent pas des soins de santé intégrés dans notre système public. Une certaine journée, dans un certain établissement, cela peut arriver, mais il est plus probable que cela ne sera pas le cas. Il est beaucoup plus probable que l'intervention se limite à la prescription de médicaments pour leurs problèmes, que cela leur convienne ou non.

Par exemple, si vous demandez aux gens s'ils préfèrent recevoir un traitement ou n'en recevoir aucun, ils choisiront de recevoir un traitement. Si vous leur demandez s'ils veulent une approche plus intégrée ou une approche médicale, ils choisiront l'approche intégrée. Le problème, c'est qu'ils n'ont pas accès à cette approche.

Le sénateur Cochrane : Vous dites qu'en Ontario, le nombre actuel de postes de stagiaires est sous le seuil nécessaire pour assurer la formation du nombre nécessaire de docteurs en psychologie. Que s'est-il passé? Avons-nous fermé des universités? Avons-nous aboli un certain nombre de postes de stagiaires dans les hôpitaux? Que s'est-il passé en Ontario?

M. Arnett : C'est exactement ce qui s'est passé en Ontario. Ils ont aboli des postes de stagiaires dans les hôpitaux. Les budgets des hôpitaux ont été tellement réduits que le personnel en psychiatrie a été dans l'obligation de choisir entre préserver leurs postes ou abolir des postes de stagiaires. Un choix comme *Le choix de Sophie*, désagréable sous tous ses aspects. En raison de la compression des budgets des hôpitaux, des postes de stagiaires ont été éliminés et les établissements ne sont plus en mesure de remplacer adéquatement les praticiens qui travaillent actuellement.

Le sénateur Cochrane : Pourriez-vous nous offrir quelques exemples positifs de personnes atteintes de maladie mentale qui ont vu leur état s'améliorer considérablement? Est-ce que l'argent a permis de trouver d'excellentes solutions que nous pourrions mettre en pratique dans nos propres provinces?

M. Arnett : Cette question s'adresse-t-elle à moi?

Le sénateur Cochrane : À tout le monde, je voudrais entendre des histoires positives.

Le président : Ça s'appelle « chercher un rayon de soleil après cinq heures de noirceur ».

M. Arnett : Soyons francs, la vaste majorité des troubles peut être traitée et les patients se sentiront mieux à la suite du traitement. Un faible pourcentage ne s'améliorera pas. Un petit pourcentage des patients ne retrouve pas la santé. Si vous prenez l'exemple des troubles de l'humeur et des troubles anxieux, les plus courants, les personnes qui en sont atteintes peuvent être traitées, pharmacologiquement ou socialement, et elles iront mieux. La bonne nouvelle est que la plupart des gens s'améliorent avec le traitement approprié. C'est la réalité.

Peu importe ce que nous faisons, il y aura toujours un petit pourcentage de personnes qui auront besoin d'un important soutien à long terme. Dans l'ensemble, la situation n'est pas mauvaise.

Ms. Marrett: There are lots of positive stories. One of the positive stories is what is happening right now. The treatments and services that were available 10, 12, 15, 20 years ago were vastly different from those that are available now.

That does not mean that it is perfect, by any means. At the same time, individuals who are able to work, if they have found an employer who is open to accommodation and to respecting the fact that the individual may need some flexibility — it may be flex hours or any number of different things — have a much greater chance of having a successful life and contributing to society.

Many more individuals are able to do many more things because of the treatments and services that they have been able to access. However, I say this with a little caution, because there are pockets where this happens.

It is not right across the board.

Certainly, when you are talking about the public versus the private sector, even those individuals who are working and have an extended health benefits program are limited in how much money can be spent on accessing psychological services, for example. For individuals who need psychological services on a regular basis, that is used up within a few months. Where does the money come from after that? Many psychiatrists will tell you that the treatment for many people living with mental illness of any kind must involve psychological counselling. However, if they cannot access it because they do not have the funds, or can only access it for a short time, we have a problem. It is a huge challenge in this country.

Ms. Christine Davis: There are tons of good stories about how well people do. There are also many about people who do not do so well. For me, it is about people doing well according to how they describe that. It is about how people would describe their lives. I hear stories from many people about how their lives are much better outside of institutions and organizations where they have been housed for long periods of time.

I teach nursing, and I can tell you that I take students into mental health facilities. At the end of their 12 weeks on a floor working with patients who have mental illness, all 10 of them want to go back to work on that floor. When they first went there, they were terrified because they had not had any experience. For me, that is heart-warming.

The Chairman: Thank you for that ray of sunshine. I thank all of you for coming. We really appreciate it.

Senators, our last witness tonight is Ian Potter, the assistant deputy minister, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada. Kathryn Langlois is the director general in the same program. In light of the time, I have asked Mr. Potter to be brief in his opening comments. He has given us his opening statement. I have asked him to shorten a bit in the hope that we can ask him some questions. Mr. Potter, I appreciate your tolerance. I know

Mme Marrett : Il y a plusieurs histoires positives. Une de ces histoires positives est en train de se produire en ce moment. Les traitements et services qui étaient offerts il y a 10, 12, 15 et 20 ans sont très différents de ceux qui sont dispensés maintenant.

Cela ne signifie pas pour autant que tout soit parfait. Par contre, les personnes qui ont la capacité de travailler ont beaucoup plus de possibilités de réussir leur vie et de contribuer à la société, en autant qu'elles trouvent un employeur qui accepte la situation et qui respecte le fait que cette personne puisse nécessiter une plus grande souplesse — heures flexibles ou autres arrangements.

Un plus grand nombre de personnes sont capables d'accomplir beaucoup plus grâce aux traitements et aux services qu'ils ont reçus. Je dis cela avec prudence parce que cela se produit à certains endroits.

Cette situation n'est pas généralisée.

Certainement, lorsque vous comparez le secteur public et le secteur privé, même ceux qui travaillent et qui ont droit à des prestations complémentaires sur les soins de santé doivent respecter des limites sur les montants qui sont alloués aux services de psychologie. Pour les personnes qui ont besoin de services réguliers en psychologie, ce montant sera dépensé en quelques mois. D'où vient l'argent après ça? De nombreux psychiatres vous diront que les traitements pour plusieurs personnes atteintes de maladie mentale doivent comporter des consultations psychologiques. Toutefois, si les patients n'y ont pas accès par manque d'argent, ou qu'ils n'y ont accès que pendant une courte période, nous avons un problème. C'est un défi immense pour le pays.

Mme Christine Davis : Il y a une multitude de bonnes histoires qui témoignent de la réussite des gens. Il y en a aussi plusieurs à propos des personnes qui ne réussissent pas aussi bien. Je pense qu'il faut considérer la réussite des gens en fonction de leur propre description. Il faut tenir compte de la façon dont les gens décrivent leur vie. J'ai entendu plusieurs personnes raconter comment leur vie s'était améliorée hors de l'établissement ou de l'organisation où ils avaient vécu pendant longtemps.

L'enseigne les soins infirmiers et je peux vous affirmer que j'amène les étudiants dans les établissements de santé mentale. À la fin de leur période de travail de 12 semaines avec des patients atteints de maladie mentale, tous les 10 étudiants voulaient continuer à travailler dans cette section. Au début, ils avaient peur parce qu'ils n'avaient aucune expérience. J'ai trouvé ça très gratifiant.

Le président : Je vous remercie pour ce rayon de soleil. Je vous remercie tous pour votre participation. Nous l'apprécions vraiment.

Sénateurs, notre dernier témoin est monsieur Ian Potter, sous-ministre adjoint de la Direction de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Madame Kathryn Langlois est la directrice générale du même programme. En raison de l'heure, j'ai demandé à M. Potter de s'en tenir à une brève déclaration préliminaire. Il avait déposé sa déclaration préliminaire et je lui ai demandé de la raccourcir un peu afin que nous puissions lui poser

you have been here for a while, listening to the discussion. In many ways, it was probably a good thing you were not here at the time we originally wanted to have you, because the session went overtime, even with one less witness. As you can appreciate, this is a subject that tends to emotionally engage the committee. Thank you for coming. Please hit the highlights of your opening statement.

Mr. Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada: Thank you, Mr. Chairman and senators, for your invitation. I will try to cut my opening statement short and just deal with some of the more important issues. As Senator Kirby said, I am joined by Ms. Langlois, who is the Director General of Community Programs in First Nations Inuit Health Branch and responsible for mental health and addictions programming in our services.

First, I will try to set out what we do versus what provinces and territories do. It is often confusing, even for those of us who are in this on a day-to-day basis.

Basic mental health services and addiction services are provided primarily by provincial governments to all residents of the province, which includes First Nation, Inuit and other Aboriginal people. They provide hospital care, psychiatric and general physician services. Provinces also provide community-based prevention, outpatient treatments, aftercare, detoxification services and residential addiction treatment services.

Health Canada, through First Nations and Inuit Health Branch, works with the provinces and adds to those services by providing specific services for First Nations and Inuit for some elements of the overall mental health and addiction system. In particular, we provide mental health counselling through a program called Non-insured Health Benefits, which provides supplementary health services to First Nations and Inuit regardless of residency.

In 2003-04, we spent approximately \$11.6 million under that program on mental health counselling. This is usually provided by psychologists, and it is usually in cases where there is urgency and, frequently, some crisis. We also provide community-based prevention and promotion programs focused on mental health and addiction on reserves and in Inuit communities and residential addiction treatment services for First Nations individuals.

We provide \$40 million a year in ongoing funding to community-based mental health programs through a program called Building Healthy Communities, and an additional

quelques questions. Monsieur Potter, j'apprécie votre patience. Je sais que vous êtes ici depuis un bon moment et que vous avez suivi la discussion. Somme toute, c'est peut-être bien que vous ne soyez pas venu au moment initialement prévu, parce que l'audience s'est prolongée, même en ayant un témoin de moins. Comme vous pouvez le constater, ce sujet soulève des émotions parmi les membres du comité. Je vous remercie d'être venu. Veuillez nous présenter les points importants de votre déclaration préliminaire.

M. Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada : Monsieur le président et honorables sénateurs, je vous remercie de votre invitation. Je vais raccourcir ma déclaration préliminaire et me concentrer sur les points les plus importants. Comme le sénateur Kirby l'a précisé, je suis accompagné de Mme Langlois, directrice générale de la Direction des programmes communautaires, de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, qui est responsable de nos programmes pour la santé mentale et les toxicomanies.

Je vais tout d'abord tenter de préciser ce que nous faisons et ce que les provinces et les territoires font. Cette situation porte souvent à confusion, même pour nous qui travaillons dans ce domaine à tous les jours.

Les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie de base sont assurés principalement par les provinces qui offrent ces services à tous leurs résidents, y compris les membres des Premières nations, les Inuits et les autres peuples autochtones. Ces services englobent les soins hospitaliers universels, les soins psychiatriques et les soins médicaux. Les provinces offrent également des services communautaires de prévention, des services de traitement ambulatoire et de suivi, des services de désintoxication et des services de traitement de la toxicomanie en résidence.

Santé Canada, par l'entremise de la Direction de la santé des Premières nations et des Inuits, en collaboration avec les provinces et les territoires, fournit des services supplémentaires en matière de santé mentale et de traitement des toxicomanies aux Premières nations et aux Inuits. Plus précisément, des services de counselling en santé mentale sont dispensés dans le cadre du programme Services de santé non assurés qui permet aux membres des Premières nations et aux Inuits de recevoir des services de santé supplémentaires, peu importe leur lieu de résidence.

En 2003-2004, nous avons consacré près de 11,6 millions de dollars aux services de counselling en santé mentale. Ces services sont généralement dispensés par des psychologues lorsqu'il se présente des situations urgentes. Nous offrons aussi des programmes communautaires de prévention et de promotion axés sur la santé mentale et la toxicomanie dans les réserves et les communautés inuites ainsi que des services de traitement de la toxicomanie en résidence aux membres des Premières nations.

Nous consacrons 40 millions de dollars au financement sur une base continue aux programmes communautaires de santé mentale dans le cadre de l'initiative Pour des collectivités en bonne santé et

\$51 million per year for mental health and child development activities through Brighter Futures.

[Translation]

To assist communities to address addiction issues, FNIHB provides funding to First Nations and Inuit organizations through the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (\$59 million per year), the Youth Solvent Abuse Program (\$11 million per year), the First Nations and Inuit Tobacco Control Strategy (\$12 million per year), and the Canadian Drug Strategy (\$1 million per year).

[English]

Most of these programs are managed and delivered by First Nations and Inuit people. We have given the committee two summaries of community programs that are offered under the funding that we provide. I believe we have left those with the clerk of the committee for your information, and I will not get into them today in the interests of time.

I will just talk a little about our agenda. I would like to identify four main issues that we are working on to strengthen our service. The first is related to a significant commitment from first ministers and Aboriginal leaders in September of 2004 in which the Prime Minister, the premiers and all the national leaders agreed to work together on a blueprint for Aboriginal health. The goal is to improve Aboriginal people's health outcomes and to ensure they have access to quality health care.

There is a process currently in which provinces, territories, Aboriginal leaders and the federal government are meeting to consider what should be in that long-term plan. This is an area in which mental health services could be highlighted. The intent is to develop a plan in consultation and to table it at the scheduled first ministers' meeting on Aboriginal issues, which is likely to take place before the end of the calendar year.

As part of that September initiative, the federal government announced new funding, and in particular, an Aboriginal youth suicide prevention strategy, with \$65 million allocated over five years. We are working on the program jointly with the Assembly of First Nations, the Inuit Tapiriit Kanatami and with input from other national Aboriginal organizations, provinces and territories and federal departments. This strategy will support communities in stopping youth from becoming suicidal, reaching youth who are at risk of committing suicide and preventing suicide clusters in the aftermath of a completed suicide.

un autre 51 millions annuellement à des activités axées sur la santé mentale et le développement de l'enfant, dans le cadre de l'initiative Grandir ensemble : les enfants c'est important.

[Français]

Pour aider les collectivités à cerner les problèmes liés à la toxicomanie, la DGSPNI finance les activités des organismes des Premières Nations et des Inuits dans le cadre du Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (59 millions de dollars par année), du Programme national de lutte contre l'abus des solvants chez les jeunes (11 millions de dollars par année), de la Stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Premières nations et les Inuits (12 millions de dollars par année) et de la Stratégie canadienne antidrogue (1 million de dollars par année).

[Traduction]

La majorité de ces programmes sont gérés et dispensés par les membres des Premières nations et les Inuits. Nous avons apporté de la documentation sur deux programmes communautaires réalisés grâce au financement Santé Canada. Nous les avons remis à la greffière pour votre information, mais je ne vais pas en parler parce que cela serait trop long.

Je vais parler brièvement de nos plans. Nous avons ciblé quatre principaux secteurs où les services doivent être améliorés. Le premier découle d'un important engagement pris par les premiers ministres et les dirigeants autochtones lors de la réunion de septembre 2004 dans lequel le premier ministre, les premiers ministres provinciaux et les dirigeants nationaux ont convenu d'élaborer un plan d'action préliminaire en vue d'améliorer la santé des Autochtones. L'objectif est d'améliorer l'état de santé des Autochtones et d'assurer qu'ils ont accès à des soins de santé de qualité.

Il y a présentement un processus dans lequel les provinces, les territoires, les dirigeants autochtones et le gouvernement fédéral se rencontrent afin de déterminer ce qui devrait être inclus dans ce plan à long terme. Il y a un secteur dans lequel les services de santé mentale pourraient être mis de l'avant. L'objectif visé est d'élaborer conjointement un plan et de le déposer lors de la prochaine réunion des premiers ministres sur les questions autochtones, qui devrait avoir lieu d'ici la fin de l'exercice financier.

Également dans le cadre de la réunion du septembre, le gouvernement fédéral a annoncé de nouveaux investissements, particulièrement pour l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes autochtones, projet pour lequel un budget de 65 M\$ réparti sur cinq ans a été prévu. Ce projet sera réalisé avec la participation de l'Assemblée des Premières nations et l'Inuit Tapiriit Kanatami avec la collaboration d'autres organisations autochtones nationales, des provinces, des territoires et de certains ministères fédéraux. Cette stratégie vise à aider les collectivités à empêcher les tendances suicidaires de se développer chez les jeunes, à communiquer avec les jeunes qui sont susceptibles de se suicider et à prévenir les suicides en série après qu'un suicide se soit produit.

[Translation]

Second, Health Canada has engaged the AFN, ITK, federal/provincial/territorial networks, and national and Aboriginal expert organizations to work together to strengthen mental health and addictions services for First Nations and Inuit. One key objective of this work is to improve coordination of services, so that people who are coping with both mental health and addictions issues, and who are moving between federal, provincial and community-based programs do not experience gaps in service or duplication of processes.

[English]

Third, Health Canada will be engaging experts in a review this year to strengthen the evidence base for mental health and addictions programs for First Nations and Inuit.

Fourth, Health Canada is making progress on increasing the number of front-line addictions and mental health workers who have received accredited training. We are seeking accreditation for all our facilities, particularly our alcohol and solvent treatment facilities. We are taking steps to increase the number of Aboriginal mental health and addiction professionals, who have a critical role to play in supporting front-line workers and providing direct services.

I have also provided the committee with information on First Nations and Inuit, "A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada." This could provide more detailed information, should the committee wish to have it.

I thank the committee for this opportunity to be here. I hope that I can be helpful in its deliberations.

The Chairman: Mr. Potter, I would like to ask you a question or two. You began by describing what you provide and what the provinces provide. Do you reimburse the provinces for services that they provide to Aboriginal and First Nations people?

Mr. Potter: No. When hospitalization and physician services under the Medical Care Act and Hospital Act were introduced, it was the intention of the Government of Canada that those services would be available to all residents of the province, except for RCMP and a few other federal employees. That would include all First Nations and Inuit.

The Chairman: It would include those on or off reserve?

Mr. Potter: Yes. There was some controversy during the 1960s and 1970s as to the application of that, which led to an agreement in 1979 that defined the roles of the federal and provincial governments. It meant that on isolated reserves and areas where provinces were not providing primary care, the federal

[Français]

En deuxième lieu, Santé Canada s'emploie à inciter l'APN, l'ITK, les réseaux fédéraux, provinciaux et territoriaux et les organisations nationales autochtones spécialisées, à travailler ensemble pour améliorer les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie offerts aux membres des Premières nations et des Inuits. Ce travail vise en particulier à améliorer la coordination des services afin que les intervenants du secteur de la santé mentale et de la toxicomanie, qui ont recours aux programmes fédéraux, provinciaux et communautaires, n'aient pas à faire face à des lacunes au niveau des services ou à des dédoublements au niveau des processus.

[Traduction]

Troisièmement, Santé Canada demandera à des spécialistes d'examiner les données afin de renforcer les programmes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie offerts aux membres des Premières nations et aux Inuits.

Quatrièmement, Santé Canada augmente graduellement le nombre de travailleurs de première ligne en santé mentale et en toxicomanie qui ont complété une formation menant à l'accréditation. Nous tentons d'obtenir l'accréditation de tous nos établissements, plus particulièrement ceux qui sont spécialisés dans le traitement de l'alcoolisme et l'abus de solvants. Nous prenons aussi des mesures pour accroître le nombre de professionnels autochtones en santé mentale et en toxicomanie dont le soutien est essentiel aux travailleurs de première ligne et à la prestation de services directs.

J'ai apporté pour consultation le document intitulé « Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada » dans lequel le comité trouvera de plus amples détails sur la santé des Premières nations et des Inuits, s'il le désire.

Je remercie le comité de m'avoir donné l'occasion de témoigner. J'espère être en mesure de vous aider dans vos délibérations.

Le président : Monsieur Potter, j'aimerais vous poser une ou deux questions. Vous avez commencé par décrire les services que vous offrez et ceux que les provinces offrent. Remboursez-vous les provinces pour les services dispensés aux Autochtones et aux membres des Premières nations?

M. Potter : Non. Lorsque des services d'hospitalisation et médicaux ont été définis dans la Loi sur les soins médicaux et la loi sur les hôpitaux, le gouvernement du Canada voulait que ces services soient offerts à tous les résidents des provinces, à l'exception des membres de la GRC et certains employés de la fonction publique fédérale. Cela incluait les Premières nations et les Inuits.

Le président : Cela incluait ceux qui vivent dans les réserves et hors des réserves?

M. Potter : Oui. Il y a eu des discussions pendant les années 1960 et 1970 concernant l'application de ces dispositions, qui ont amené l'entente de 1979 dans laquelle les rôles des gouvernements fédéral et provinciaux sont définis. Ainsi, le gouvernement fédéral demeurait responsable du financement et des services dans les

government would continue to finance and provide that. It meant that the federal government would provide public health services on all reserves, including prevention services. As well, it meant that the federal government would provide non-insured drugs, dental work and transportation for all First Nations and Inuit on and off reserve. For physician services, the federal government bills the province at the rate that they are provided, which is usually a part of it. For example, where the federal government may arrange for physician services on a northern reserve in Manitoba, we would enter into contracts, for example with the university, to provide that service, which includes transportation, et cetera. We would then charge the province for the billing days of those physicians who are covered under the provincial legislation.

The Chairman: You pay the balance.

Mr. Potter: Yes, we pay the rest. Usually, we bill the province about one quarter to one third of the cost of providing those services.

The Chairman: Your budget is about \$1.4 billion. Is that right?

Mr. Potter: It is close to \$2 billion this year.

The Chairman: That lowers my number even more. If I add up your expenditures on mental health and addiction, out of a budget of \$2 billion, it comes to about 5 per cent. Given the magnitude of the problem, that strikes me as incredibly low. I will say that you might have noticed that we were not terribly complimentary about your branch in our *Issues and Options* paper. Please do not take it personally. We understand that this systemic problem has existed forever within the federal government. The problem is not unique to you. It is equally interesting to me that when I look at the index to your "Statistical Report on the Health of First Nations in Canada," with the exception of a quarter-page on suicide, there is no mention of mental health — it is not covered.

Part of me is wondering why we are doing any of this. Why do you not simply contract with the provinces to do everything? When I look at the relative amount of money that is being spent, and knowing that we are sitting here in Ottawa trying to deliver services at either end of our country, I wonder why we are doing it. Why do we not simply contract it out to the provinces or to someone else?

Mr. Potter: If I may, there were a few questions embedded in your remarks.

The Chairman: I have a tendency to become agitated on this subject.

Mr. Potter: I could try to figure out the overall proportion. We have some difficulties in getting all the data with respect to mental health services; and we are not alone as a health service delivery

reserves éloignées et dans les endroits où les provinces n'offrent aucun service. Cela signifiait que le gouvernement fédéral serait responsable des services de santé publics dispensés dans les réserves, y compris les services de prévention. Cela signifiait aussi que le gouvernement fédéral serait responsable des coûts associés aux médicaments non assurés, aux soins dentaires et au transport nécessaire des membres des Premières nations et aux Inuits vivant dans les réserves. Dans le cas des services des médecins, le gouvernement fédéral présente une facture aux provinces selon les taux établis, ce qui couvre généralement une partie des coûts. Par exemple, s'il désire que les services d'un médecin soient dispensés dans une réserve située dans le Nord du Manitoba, le gouvernement fédéral conclura une entente avec l'université, par exemple, afin d'assurer la prestation du service, le transport, et cetera. Le gouvernement réclamera ensuite à la province le remboursement des honoraires des médecins qui sont assujettis à la législation provinciale.

Le président : Vous assumez l'autre partie des coûts.

M. Potter : Oui, nous défrayons ce qui reste. D'habitude, les provinces nous remboursent le quart ou le tiers des coûts des services dispensés.

Le président : Votre budget s'élève à environ 1,4 milliards. C'est bien ça?

M. Potter : Cette année, il atteint presque 2 milliards.

Le président : Cela diminue encore mon chiffre. Si j'additionne vos dépenses dans le domaine de la santé mentale et des toxicomanies, sur un budget de 2 milliards, cela représente environ 5 p. 100. Cela me semble bien peu étant donné l'ampleur du problème. Je dirais que vous n'avez peut-être pas remarqué que nous n'avons pas été très élogieux envers votre Direction dans notre rapport *Questions et options*. Ne croyez pas que vous êtes personnellement visé. Nous comprenons que ce problème systémique existe depuis toujours au sein du gouvernement fédéral. Ce problème n'est pas uniquement le vôtre. Je trouve aussi très intéressant qu'en examinant l'index de votre publication *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*, à l'exception d'un quart de page sur la question du suicide, on n'y retrouve aucune mention de la santé mentale — il n'en est pas question.

Une partie de moi-même se demande pourquoi nous faisons cela. Pourquoi ne pas tout simplement conclure les ententes nécessaires avec les provinces afin qu'elles s'occupent de tout? Lorsque je constate le montant relatif d'argent qui est dépensé, et sachant que nous sommes ici à Ottawa en train d'essayer d'offrir des services dans l'ensemble du pays, je me demande pourquoi nous faisons cela. Pourquoi ne pas tout simplement engager les provinces ou quelqu'un d'autre?

M. Potter : Si vous me permettez de répondre, quelques questions sont comprises dans vos remarques.

Le président : J'ai tendance à m'emporter sur ce sujet.

M. Potter : Je pourrais essayer de déterminer la proportion totale. Nous éprouvons quelques difficultés à recueillir toutes les données relatives aux services en santé mentale; et nous ne

agent in that. That is reflected in our data reports. In terms of the expenditures, the pharmaceuticals that we pay for are not included. I know that the most prevalent pharmaceuticals, although maybe not the most expensive, are for the treatment of mental illnesses.

The Chairman: Those would be mainly antidepressants.

Mr. Potter: Yes, absolutely. That is our largest number of prescriptions, which amount to \$10 million per year that we pay for.

We have an interest in integration and ensuring that there is a clear program available. Part of the blueprint process that I mentioned the first ministers agreed to with Aboriginal leaders was a focus on integration and adaptation of the health system. The integration of the federal services with provincial services would reduce duplicative services or incidence of services that do not fit together. Service would then be truly focused on the needs of the patient so that the system is clear and not broken up by jurisdictional differences. That is our major emphasis. Most of the services we fund are delivered by First Nations and Inuit. Part of that process is to support them so that they can play an active and essential role in the fundamental health care system in Canada, which is provincial or territorial.

We are not trying to withdraw funding. Rather, we are trying to support those health clinics that are run by First Nations, which Senator Fairbairn knows well in her own area. I have been with Senator Fairbairn on some of those visits.

Senator Fairbairn: On the Blood Reserve.

Mr. Potter: The Blood Reserve has an excellent clinic with excellent services. We are trying to help First Nations to work with provincial governments, through federal government financial support, so that there is a good service. We are not just buying it from the provinces, but ensuring that the service delivered is largely led, managed and delivered through First Nations and Inuit. It is an integral part of the provincial medical care system.

The Chairman: I understand what you do. However, when I look at the outcome, my instinct makes me wonder why we do not contract it out to the provinces. I cannot believe it would be substantially worse, and perhaps it would be better.

[Translation]

Senator Gill: First, I should tell you I am from an Aboriginal reserve in Lac-Saint-Jean, that I still live there, and that I am occasionally one of the patients of the national health system and

sommes pas le seul fournisseur de ces services de santé. Cela se reflète dans nos rapports sur les données ministérielles. En ce qui concerne les dépenses, les produits pharmaceutiques pour lesquels nous payons ne sont pas inclus. Je sais que les produits pharmaceutiques les plus courants, sans être les plus chers, sont ceux requis pour le traitement des maladies mentales.

Le président : Ces médicaments seraient surtout des antidépresseurs.

M. Potter : Oui, absolument. Ces médicaments sont les plus prescrits et représentent des dépenses de 10 millions de dollars par année.

Nous sommes intéressés par l'intégration et nous voulons assurer qu'il y a un programme bien défini disponible. Une partie du processus d'élaboration du plan d'action préliminaire sur lequel les premiers ministres et les dirigeants autochtones se sont entendus repose sur l'intégration et l'adaptation du système de santé. L'intégration des services fédéraux et des services provinciaux permettrait de réduire les services redondants ou l'incidence des services qui ne sont pas compatibles. Les services pourraient mieux répondre aux besoins des patients et le système ne serait plus fragmenté par les différences entre les juridictions. C'est notre priorité. La plupart des services que nous offrons sont dispensés par les Premières nations et les Inuits. Une partie du processus leur assure le soutien dont ils ont besoin pour jouer un rôle essentiel dans le système de soins de santé au Canada, qui est provincial ou territorial.

Nous n'essayons pas de réduire le financement. Au contraire, nous essayons d'encourager les cliniques médicales gérées par les Premières nations, dont certaines se trouvent dans la région de le sénateur Fairbairn. J'y ai effectué quelques visites avec le sénateur Fairbairn.

Le sénateur Fairbairn : Dans la Réserve des Gens-du-Sang.

M. Potter : La Réserve des Gens-du-Sang peut compter sur une excellente clinique et d'excellents services. Nous essayons d'aider les Premières nations à travailler en collaboration avec les gouvernements provinciaux, par l'entremise d'un soutien financier du gouvernement fédéral, de façon à fournir un bon service. Nous ne nous contentons pas d'acheter des services des provinces, nous nous assurons que les services sont en grande partie gérés et dispensés par les membres des Premières nations et les Inuits. C'est une composante essentielle du système de soins de santé provincial.

Le président : Je comprends ce que vous faites. Par contre, lorsque je regarde les résultats, je ne peux pas m'empêcher de me demander pourquoi est-ce que nous ne fonctionnons pas avec des ententes provinciales. Je ne peux pas croire que la situation serait vraiment pire, et peut-être serait-elle meilleure.

[Français]

Le sénateur Gill : Je dois d'abord vous dire que je suis originaire d'une réserve indienne au Lac-Saint-Jean, que j'y habite toujours, et que je suis à l'occasion un des patients de la santé

of the local hospital services. I thank you and congratulate you on the efforts that have been made for a number of years now by the national health system.

It was only very recently that services were transferred to Aboriginal people so that they would be managed by them. The areas I am familiar with are relatively good, but obviously nothing is perfect. As Senator Kirby just said, the results may not be proportionate to the efforts and investments made.

Here I have a table that comes from the research service, but I don't know how accurate it is. I am looking at federal government expenditures on the Canadian Forces, federal offenders and the Royal Canadian Mounted Police. I see there is approximately \$2,000 for First Nations, per capita, and for the others, it is \$4,000 and \$5,000 per capita. I do not think this information is scientific, but it's nevertheless a reference that must be considered.

You said earlier that the provinces offered a lot of services. The hospitals offer health services to Aboriginal people, that is correct, but they are billed to the federal government. You lose me when you say it is not billed.

To my knowledge, there is an agreement under which most services are provided by the province, as a general rule. Apart from the local reception centres, the Department of Health pays the costs directly. However, I always thought that care provided off the reserves in hospitals or clinics was always billed to the federal government and paid for by the provincial Ministry of Health.

It is like for education offered in provincial schools. Unless the facts show otherwise, I'd say it is often the federal government that pays the bills. Since intake is also done by the communities, I am not saying the bills are paid twice, but that they are paid by the communities themselves. I would like you to tell me whether I am wrong or not.

[English]

Mr. Potter: For the services that are provided to First Nations and Inuit; it is different from the RCMP or the DND. In the case of the RCMP and DND, as I understand it, the federal government pays the province for the services.

The agreement that was reached in 1979 is one in which the province provides basic hospital care and medical care, the same types of services that are available to the general public, to the First Nations and Inuit. If we are providing a hospital service — and we still have a few hospitals — and if we are providing a physician service, we bill the province for that service.

nationale et des services hospitaliers locaux. Je vous remercie et je vous félicite pour les efforts déployés depuis plusieurs années par la santé nationale.

Ce n'est que depuis très récemment que les services ont été transférés aux Autochtones afin qu'ils soient gérés par ceux-ci. Les secteurs que je connais sont relativement bien, mais évidemment, tout n'est pas parfait. Les résultats, comme le sénateur Kirby vient de le dire, ne sont peut-être pas proportionnels aux efforts et aux investissements accomplis.

J'ai ici un tableau qui provient du service de la recherche, mais je ne sais pas jusqu'à quel point il est juste. Je regarde les dépenses du gouvernement fédéral relatives aux Forces canadiennes, aux détenus et à la Gendarmerie royale du Canada. Je vois qu'il y a environ 2000 \$ pour les Autochtones, par individu, et pour les autres c'est 4 000 \$ et 5000 \$ par individu. Je ne pense pas que cette information soit scientifique mais c'est quand même une référence qu'il faut prendre en considération.

Vous disiez tantôt que les provinces offraient beaucoup de services. Les centres hospitaliers offrent des services de santé aux Autochtones, c'est juste, mais ils sont facturés au gouvernement fédéral. Vous me perdez quand vous dites que ce n'est pas facturé.

À ma connaissance, il y a une entente selon laquelle, règle générale, la plupart des services sont dispensés par la province. À part les centres d'accueil locaux, c'est le ministère de la Santé qui assume directement les coûts. Toutefois, pour les soins prodigués à l'extérieur des réserves dans les hôpitaux ou dans les cliniques, j'ai toujours cru que les soins étaient facturés au gouvernement fédéral et payés par le ministère de la Santé provincial.

C'est comme pour l'éducation offerte dans les écoles de la province. Sous toute réserve, je dirais que c'est souvent le gouvernement fédéral qui paye les factures. Depuis que la prise en charge se fait aussi par les communautés, je ne dis pas que les factures sont payées en double mais qu'elles sont payées par les communautés elles-mêmes. J'aimerais que vous me disiez si je suis dans l'erreur ou pas.

[Traduction]

M. Potter : Dans le cas des services que nous assurons aux Premières nations et aux Inuits; la situation est différente dans le cas de la GRC et du MDN. Dans ces cas, je crois que le gouvernement fédéral rembourse les provinces pour les services dispensés.

L'entente conclue en 1979 prévoit que les provinces fourniront les soins hospitaliers et les soins médicaux de base, soit les mêmes services qui sont offerts à l'ensemble de la population, aux Premières nations et aux Inuits. Si nous offrons des soins hospitaliers — et nous possédons encore quelques hôpitaux — et si nous fournissons les services d'un médecin, nous demandons le remboursement de ces services aux provinces.

[Translation]

When you compare the federal government's expenditures for Aboriginal people and national defence, the difference lies in the degree of responsibility of the provinces relative to that of the federal government.

Senator Gill: Let us consider the example of the health insurance card in Quebec. Everyone has one, including Aboriginal people, the members of the RCMP and the members of the Canadian Forces. I imagine that, when that card is used, services are billed to the provinces.

[English]

Mr. Potter: I cannot speak with certainty with respect to the DND or the RCMP. I can tell you with certainty with respect to the First Nations. In those cases, those services that are covered by the Canada Health Act, what we call insured services, are provided by the province. If the federal government is arranging for physician services or hospital services, we charge the province back for those services.

We do not charge them back for the community services. We have a number of nurse practitioners who provide services in isolated communities. That is paid for by the federal government. The basic clinical services — preventive services, well baby clinics, basic community mental health services, those types of things, are all funded by the federal government in the communities.

[Translation]

Senator Gill: Have you taken any steps to promote traditional medicine among Aboriginal people? Are the people working locally in the health field making efforts to adopt traditional medicine?

Drugs cost a fortune, and I know there are a lot in the Aboriginal world. I also know that the pharmaceutical industry markets some of those drugs. Is the Department of Health striving to develop traditional medicine?

[English]

Mr. Potter: Yes, we certainly have. I will ask Ms. Langlois to reply in general terms. In many of the facilities that Health Canada has funded, you will find places for traditional medicine. Many of the First Nations provide those as part and parcel of their medical clinics.

We have some limitations with respect to funding traditional medicine because there is no system in place that defines who is a traditional medicine specialist. In other countries — and it is something we have tried to encourage First Nations and Inuit people in Canada to look at — the people who practice traditional medicine have organized themselves to certify who is a legitimate provider of these services. So far, we have not been able to achieve that. There is a difficulty, as liability issues arise; if we pay for

[Français]

Lorsque vous comparez les dépenses du gouvernement fédéral pour les Autochtones et pour la défense nationale, la différence réside dans le degré de responsabilité des provinces par rapport à celui du gouvernement fédéral.

Le sénateur Gill : Prenons l'exemple de la carte d'assurance maladie au Québec. Tout le monde en a une, y compris les Autochtones, les membres de la GRC et les membres des Forces canadiennes. J'imagine qu'avec l'utilisation de cette carte, les services sont facturés à la province.

[Traduction]

M. Potter : Je ne peux parler avec certitude de ce qui se passe au MDN ou à la GRC. Je peux vous parler de ce qui se fait dans le cas des Premières nations. Dans ces cas, les services qui sont assurés par la Loi canadienne sur la santé, ce que nous appelons les services assurés, sont fournis par la province. Si le gouvernement fédéral s'occupe de la prestation de services médicaux ou hospitaliers, nous demandons le remboursement de ces services à la province.

Nous ne demandons pas le remboursement des services communautaire. Nous employons plusieurs infirmières praticiennes qui dispensent des services dans des collectivités isolées. Ces infirmières sont payées par le gouvernement fédéral. Les services cliniques de base — les services de prévention, les cliniques d'enfants bien portants, les services communautaires de base en santé mentale, ce genre de services, sont financés par le gouvernement fédéral dans les communautés.

[Français]

Le sénateur Gill : Avez-vous fait des démarches pour promouvoir la médecine traditionnelle chez les Autochtones? Est-ce que les gens qui travaillent localement dans le domaine de la santé font des efforts pour adopter la médecine traditionnelle?

Les médicaments coûtent une fortune et je sais qu'il y en a beaucoup dans le monde autochtone. Je sais aussi que l'industrie pharmaceutique commercialise certains de ces médicaments. Est-ce que le ministère de la Santé s'efforce de développer la médecine traditionnelle?

[Traduction]

M. Potter : Oui, bien sûr. Je vais demander à Mme Langlois de répondre de façon générale. Dans de nombreux établissements financés par Santé Canada, il y a des endroits pour pratiquer la médecine traditionnelle. Plusieurs Premières nations en font une condition sine qua non à leurs cliniques médicales.

Nous avons certaines limites à l'égard du financement de la médecine traditionnelle parce qu'aucun système ne définit qui sont les spécialistes en médecine traditionnelle. Dans d'autres pays — et c'est ce que nous avons essayé d'encourager les Premières nations et les Inuits du Canada à envisager — les personnes qui pratiquent la médecine traditionnelle se sont regroupées afin de reconnaître les fournisseurs officiels de ces services. Jusqu'à présent, nous n'y sommes pas arrivés. Cela soulève des problèmes

something, we should know what standard we are paying for. We are trying to get some system of standardization. I will ask Ms. Langlois to respond.

[Translation]

Ms. Kathryn Langlois, Director General, Community Programs Directorate, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada:

In response to Mr. Potter's question, I would like to add this. We are trying to integrate traditional Aboriginal medicine through the NNADAP program for substance abuse, and a lot of physicians practise this type of medicine.

Perhaps you are familiar with the Aboriginal Healing Foundation, which has integrated traditional Aboriginal practices. On our side, we are trying to see the orientation we will take in the future with regard to these projects. In response to your question on traditional medicine and the use of drugs, we are not really advanced on that point.

Senator Gill: Do you have a program that might eventually encourage traditional medicine? I understand the practice is not recognized by physicians in general, but is it encouraged? This type of medicine is also used by non-Aboriginals. Do you at least have something planned to encourage traditional medicine?

Ms. Langlois: Not for the moment, but I must say there are traditional alternative therapies in British Columbia, where there are a lot of Aboriginal people. We will have to look at the evolution and effectiveness of those therapies in the future.

Senator Gill: We are starting to see physicians, surgeons and psychiatrists who go and study at university. Are there any programs encouraging those people to study medicine?

[English]

Mr. Potter: I do not think that we do that, although I believe in some settings there, in some medical schools, it is taking place.

[Translation]

Ms. Langlois: That will be the responsibility of the universities. We have to work together.

[English]

Senator Fairbairn: I should probably confess to a slight bias here in regard to our witness, with whom I have visited sites many times in my province of Alberta. If the federal government had a sainthood program, Mr. Potter would be in it. It is a very challenging job, and at the same time very invigorating when you visit medical centres on a reserve and see the people being treated by their own doctors and their own practitioners, which is happening more and more. It may have been slow, but nonetheless it is moving forward.

en matière de responsabilité; si nous payons pour quelque chose, nous devons savoir de quoi il s'agit. Nous tentons d'établir un certain système de normalisation. Je vais demander à Mme Langlois de répondre.

[Français]

Mme Kathryn Langlois, directrice générale, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières Nations, Santé Canada :

Suite au questionnement de M. Potter, j'aimerais ajouter ce qui suit. Nous essayons d'intégrer la médecine traditionnelle autochtone via le programme PNLAADA pour la toxicomanie et beaucoup de médecins pratiquent ce genre de médecine.

Peut-être connaissez-vous The Aboriginal Healing Foundation qui a intégré les pratiques traditionnelles autochtones. De notre côté, nous cherchons à voir comment nous allons nous orienter dans le futur par rapport à ces projets. Quant à votre question concernant la médecine traditionnelle et l'utilisation des médicaments, nous ne sommes pas vraiment avancés sur ce point.

Le sénateur Gill : Avez-vous un programme qui pourrait éventuellement encourager la médecine traditionnelle? Je comprends que la pratique n'est pas reconnue par les médecins en général, mais est-ce qu'on l'encourage? Ce type de médecine est aussi utilisé par les non autochtones. Avez-vous au moins quelque chose de prévu pour encourager la médecine traditionnelle?

Mme Langlois : Pas pour le moment, mais je dois dire qu'en Colombie-Britannique, où il y a beaucoup d'Autochtones, il existe des thérapies alternatives traditionnelles. Il faut examiner l'évolution et l'efficacité de ces thérapies dans le futur.

Le sénateur Gill : On commence à voir des médecins, des chirurgiens et des psychiatres qui vont étudier dans les universités. Y a-t-il des programmes qui encouragent ces gens à poursuivre des études dans le domaine médical?

[Traduction]

M. Potter : Je ne pense pas que nous faisons ça, bien que je croie que dans certaines conditions, dans des écoles de médecine, cela se fait.

[Français]

Mme Langlois : Ce serait la responsabilité des universités. Nous devons travailler ensemble.

[Traduction]

Le sénateur Fairbairn : Je dois avouer que j'ai un léger parti pris à l'égard de notre témoin avec qui j'ai effectué plusieurs visites dans ma province de l'Alberta. Si le gouvernement fédéral avait un programme de sainteté, M. Potter en ferait partie. C'est un travail très difficile, et en même temps très stimulant de visiter des centres médicaux dans des réserves et de voir des gens être soignés par leurs propres médecins et leurs propres praticiens, ce qui se produit de plus en plus souvent. Le démarrage a sans doute été lent, mais nous avançons quand même.

I have one question in looking at the table of contents here, and I should know this, but I do not. One of the big issues, particularly with young people in many parts of the Aboriginal community, is the difficulty that they have with drugs and alcohol, and coming out of that, the FAS children, the fetal alcohol syndrome children. Have you been able to develop programs with Aboriginal people as significant participants, and have them work on them with their own people, in the areas where FAS is so evident, as it is in so many parts of my area?

Mr. Potter: It is an area of great focus and attention in our program at the moment. We are fortunate that the government did increase funding to \$15 million a year for FAS-dedicated resources. We have made this an important issue, both in terms of knowing how to tackle it and exchanging best practices. We have entered into collaboration with the U.S. Indian Health Service to work together on programs and interventions to deal with fetal alcohol spectrum disorder. In fact, the Canadian Paediatric Society, American Pediatric Society, Health Canada and the Indian Health Service of the United States are sponsoring a major conference on FASD in Seattle in approximately a week's time.

I will ask Ms. Langlois to talk a little about the specifics of that program.

Ms. Langlois: Based on the work we are doing with Indian Health Services in the United States, we are looking at best practices around preventing FASD births. We have learned that the best predictor of a woman having an FASD birth is that she has already had one. We need to work with women at risk to change the drinking behaviour and their addictions. One of the key best practices coming out of Seattle — and it has been around for a number of years and we are adapting it — is the mentoring program, where you pair an at-risk woman with a woman from the community who has had, perhaps, a similar life experience. That woman works with her to begin to break the cycles and the practices, access services and try to find ways to move away from the behaviour.

We actually have a mentoring project in place in Northern Saskatchewan, in the Northern Inter-Tribal Health Authority. That community is suggesting that it is seeing good results. It is very early days. With the new monies that were injected, we are a year and a half into it. We are hoping that it will build the evidence base for us to be able to expand that kind of program. That is an example of what we are doing.

Senator Fairbairn: This would be a federal program, not a federal-provincial program?

Ms. Langlois: A federal program.

Lorsque j'examine la table des matières, je me pose une question à laquelle je devrais connaître la réponse, mais cela n'est pas le cas. Un des problèmes les plus importants et qui touche particulièrement les jeunes dans de nombreuses communautés autochtones est lié à l'abus de drogues et d'alcool et de ses conséquences, les enfants atteints du SAF, le syndrome d'alcoolisme foetal. Avez-vous élaboré des programmes avec les Autochtones en tant que partenaires essentiels, afin qu'ils travaillent avec les membres de leurs communautés des régions où le SAF est le plus fréquent, comme dans certaines régions de ma province?

M. Potter : Présentement, ce problème est traité avec une grande importance et beaucoup d'attention dans nos programmes. Nous avons la chance de recevoir un financement supplémentaire du gouvernement fédéral de 15 millions de dollars par année pour les ressources dédiées au SAF. Nous en avons fait une priorité, autant pour trouver des solutions et que pour échanger les meilleures pratiques. Nous avons conclu une entente de collaboration avec les Indian Health Services des États-Unis pour travailler ensemble à l'élaboration de programmes d'intervention pour traiter le syndrome d'alcoolisme foetal. De fait, la Société canadienne de pédiatrie, l'American Pediatric Society, Santé Canada et les Indian Health Services des États-Unis parrainent une importante conférence sur SAF qui aura lieu à Seattle dans environ une semaine.

Je vais demander à Mme Langlois d'élaborer un peu sur les particularités de ce programme.

Mme Langlois : Dans le cadre du travail que nous accomplissons avec les Indian Health Services des États-Unis, nous tentons de déterminer quelles sont les meilleures pratiques pour prévenir les naissances avec SAF. Nous avons appris que le meilleur prédicteur qu'une femme donnera naissance à un enfant atteint du SAF est le fait qu'elle en ait déjà un. Nous devons travailler avec les femmes qui présentent des risques afin de modifier leur consommation d'alcool et leurs toxicomanies. Une des meilleures pratiques issue de Seattle — qui existe depuis plusieurs années et que nous sommes en train d'adopter — est le programme de jumelage, dans lequel une femme à risque est jumelée avec une femme de la communauté dont les expériences de vie sont peut-être semblables. Cette femme travaillera avec l'autre pour tenter de briser les cycles et les habitudes, utiliser les services et de chercher des moyens pour modifier le comportement.

Il y a présentement un projet de mentorat en cours dans le Nord de la Saskatchewan, dans la Northern Inter-Tribal Health Authority. La communauté pense que les résultats seront positifs. Le programme n'en est encore qu'à ses débuts. Grâce au nouveau financement, le programme est en vigueur depuis une année et demie. Nous espérons que nous en tirerons les données de base nécessaires qui nous permettront d'élargir ce genre de programme. C'est un exemple de ce que nous faisons.

Le sénateur Fairbairn : C'est un programme fédéral et non un programme fédéral-provincial?

Mme Langlois : C'est un programme fédéral.

Mr. Potter: It is a federal program, but it has applications for provinces. It is an area where we in Health Canada are also working with the provinces on exchanging best practices and supporting a concerted effort in that regard.

Ms. Langlois was talking about the particular program within our branch, where we have a delivery obligation for First Nations and Inuit on reserve, but the same programming is applicable off reserve.

Senator Fairbairn: This is being accepted by the people in the Aboriginal communities?

Ms. Langlois: In fact, just to link it to the provinces and territories, we actually had people from the STOP FAS program come from Manitoba to talk to us about their experience when we were looking at adapting it for on-reserve purposes. It is a program, I believe mostly in Winnipeg, that works with off-reserve Aboriginal women, and we were adapting it for on reserve. That is why it needs to be adapted, and the community in Northern Saskatchewan is doing that to make sure that it is applicable and can work there.

The Chairman: You do not fund the off-reserve program, do you?

Ms. Langlois: No, we do not. That would be funded by the province.

The Chairman: That brings me back to my previous question. I do not know why, if the province is running a program that is working for some part of the Aboriginal community, we do not let them do it for the entire Aboriginal community and simply reimburse them.

Senator Cordy: I am wondering, for informational purposes, what the First Nations and Inuit Health Branch regional offices do — and there is one in Atlantic Canada. Is it strictly administrative? Do you work in conjunction with the provinces? Do you work in conjunction with the Aboriginal people living within a particular region? What exactly does the regional office do?

Mr. Potter: The regional office in the Atlantic is located in Halifax. It has people who work in different provinces and in different loose arrangements. We have an office in Labrador because of the particular problems there.

A large part of the programs are delivered by First Nations and Inuit themselves, in the Atlantic particularly. Part of the office's responsibility is managing contribution agreements that fund the bands, the First Nations, to deliver the services. There are administrative people managing that. There are program experts in that office. For example, our medical officer of health would be in there. We have what we call senior practice nurses. These are nurses highly specialized in psychiatry, child care, et cetera, who provide expert advisory services to nurses working in the health clinics on the reserves.

M. Potter : C'est un programme fédéral qui a des applications au niveau des provinces. Santé Canada y travaille avec les provinces en vue d'échanger les meilleures pratiques et d'encourager la mobilisation à cet égard.

Mme Langlois décrivait un programme distinct dans notre Direction, utilisé pour répondre à notre obligation d'assurer des services aux Premières nations et aux Inuits dans les réserves, mais ce même programme peut être appliqué hors des réserves.

Le sénateur Fairbairn : Ce programme est accepté par les membres des collectivités autochtones?

Mme Langlois : En fait, pour établir le lien avec les provinces et les territoires, lorsque nous avons étudié la façon d'adapter le programme dans les réserves, nous rencontré des représentants du programme STOP FAS du Manitoba afin qu'ils nous parlent de leur expérience. Ce programme, instauré en grande partie, je crois, à Winnipeg, est axé sur les femmes autochtones vivant à l'extérieur des réserves et nous voulions l'adapter aux femmes vivant dans les réserves. C'est pourquoi il doit être adapté, et la communauté du Nord de la Saskatchewan y travaille pour s'assurer qu'il peut être mis en œuvre et être efficace à cet endroit.

Le président : Vous ne financez pas de programmes hors réserve, n'est ce pas?

Mme Langlois : Non, nous n'en finançons pas. Ils sont financés par les provinces.

Le président : Cela me ramène à ma question précédente. Je ne comprends pas pourquoi, si des provinces ont mis en place des programmes qui fonctionnent dans certaines parties des collectivités autochtones, nous ne les laisserions pas mettre en œuvre ces programmes dans l'ensemble des collectivités autochtones et simplement les rembourser.

Le sénateur Cordy : Je me demande, à des fins informatives, ce que font les bureaux régionaux de la Direction de la santé des Premières nations et des Inuits — il y en a un au Canada atlantique. Font-ils uniquement du travail administratif? Travaillent-ils en collaboration avec les provinces? Travaillez-vous en collaboration avec les Autochtones qui vivent dans des régions spécifiques? Que font exactement ces bureaux régionaux?

M. Potter : Le bureau région de la région de l'Atlantique se trouve à Halifax. Certains employés travaillent dans différentes provinces et selon différentes ententes souples. Nous avons un bureau au Labrador en raison des problèmes particuliers que l'on y retrouve.

Les Premières nations et les Inuits eux-mêmes gèrent une grande partie des programmes, spécialement dans la région de l'Atlantique. Une partie du travail du bureau repose sur la gestion des ententes de financement qui permettent aux bandes, aux Premières nations, d'assurer la prestation des services. Il y a des gestionnaires pour faire ce travail. Il y a également dans ce bureau des spécialistes pour les programmes. Par exemple, notre agent de soins de santé s'y trouve. Nous avons aussi des infirmières praticiennes principales. Ces dernières sont des infirmières hautement spécialisées en psychiatrie, dans les soins aux

We would have program people who are managing and supporting mental health programs or drug addiction programs, children's programs, the diabetes programs. A lot of the other work of the offices is working with the provinces to make sure that we have coordination and integration of the programs.

Senator Kirby asked why the provinces would not just provide the services on reserves. We would not object if they wished to, but generally, most provinces do not provide those services or will not provide them.

The Chairman: So we are clear, I was suggesting you would actually pay for it. You do not pay for the rest of it. I was not suggesting that you manage to offload the cost to the provinces. I began by thinking you actually paid for services to Aboriginals on reserves even if they were normal medical services, and you have enlightened me tonight. I discovered that you do not. Listening to you, you have people who have to coordinate with what is going on in the province, which you could do away with, presumably, if they were running it all. You are running smaller, less-economic-sized programs, taking your example of the one in Winnipeg. It is less economic if you have to train other people to do it. There is clearly an element of administrative costs associated with the bands doing the managing that would be eliminated if the same manager ran it. It just strikes me as a colossally inefficient waste of money and, more importantly, the results are not great. If the results were good, it might be different, but they are awful. I do not have a viewpoint on that subject; I just thought I would express it.

Senator Cordy: The point is that it is a shame when so much money is tied up in bureaucracy.

To change the subject a little, you said you are taking steps to increase the number of First Nations and Inuit health care personnel or front-line workers. What steps are you taking, and are they successful? Senator Fairbairn spoke about the increase in numbers in her province.

Mr. Potter: We are doing a few things. We provide bursaries and scholarships to Aboriginal people to take professional medical programs — nurses, physicians, pharmacists, dentists, et cetera. Most of our effort has been on providing support to nursing students. We have done some recent work with provinces to try to increase the numbers of Aboriginal people in the professions, and they are very limited. There are between 100 and 200 Aboriginal physicians out of a physician population of 50,000.

The Chairman: There are two psychiatrists.

enfants, et cetera, qui offrent des services de consultation spécialisés aux infirmières qui travaillent dans les cliniques médicales situées dans les réserves.

Il y aurait aussi des employés pour assurer la gestion et le soutien des programmes de santé mentale ou de lutte aux toxicomanies, des programmes destinés aux enfants, des programmes sur le diabète. Une grande partie du reste du travail accompli dans ces bureaux porte sur le travail fait avec les provinces afin d'assurer la coordination et l'intégration des programmes.

Le sénateur Kirby a demandé pourquoi les provinces ne seraient pas responsables d'assurer les services dans les réserves. Nous ne nous y objecterions pas si elles voulaient le faire, mais en général, la plupart des provinces n'offrent pas ces services ou ne voudraient pas s'en charger.

Le président : Pour que l'on se comprenne bien, je proposais que vous soyez responsable de ces coûts, pas pour la différence. Je ne proposais pas que vous refiliez les coûts aux provinces. Au début, je croyais que c'était vous qui assumiez les coûts des services dispensés aux Autochtones dans les réserves, même dans le cas des services médicaux réguliers, et ce soir vous m'avez éclairé. J'ai découvert que cela n'est pas le cas. À vous entendre, vous avez des employés qui travaillent à coordonner vos activités avec celles des provinces, ce que vous n'auriez probablement pas besoin de faire si les provinces s'occupaient de tout. Vous mettez en oeuvre des programmes à petite échelle qui exigent moins d'investissement, comme ce programme cité en exemple à Winnipeg. Ce qui devient moins avantageux si vous devez former des employés pour s'en occuper. Il y a clairement des coûts administratifs associés au fait que les bandes s'occupent de la gestion, et ces coûts disparaîtraient s'il n'y avait qu'un seul gestionnaire. Cela me frappe comme étant une perte d'argent absolument inutile et, point plus important, qui n'apporte que des résultats mitigés. Si les résultats étaient bons, la situation serait différente, mais ils sont terribles. Je veux seulement exprimer mon opinion à ce sujet.

Le sénateur Cordy : C'est vraiment honteux que tant d'argent soit monopolisé par la bureaucratie.

Pour changer le sujet un peu, vous avez mentionné que vous preniez des mesures pour améliorer le nombre de travailleurs de première ligne et de professionnels de la santé autochtones. Quelles sont ces mesures et quels sont les résultats? Le sénateur Fairbairn a parlé d'une augmentation des chiffres dans sa province.

M. Potter : Nous avons quelques mesures. Nous offrons des bourses d'étude et des bourses de perfectionnement aux Autochtones qui veulent s'inscrire à des programmes de formation médicale professionnelle — infirmières, médecins, pharmaciens, dentistes, et cetera. La plus grande partie de notre soutien est consacrée aux personnes qui étudient les soins infirmiers. Nous avons récemment travaillé avec les provinces pour essayer d'augmenter le nombre d'Autochtones dans ces professions, car ce nombre est très faible. Il y a de 100 à 200 médecins autochtones sur un total de 50 000 médecins.

Le président : Il y a deux psychiatres.

Mr. Potter: Right.

The Chairman: I believe that is the number; that is the number we have been given, and we met 50 per cent of them.

Mr. Potter: There are very few. There are only approximately 1,000 to 2,000 Aboriginal nurses out of a population of 250,000.

You need to work at this throughout the system, starting in grade school, so that Aboriginal people see this as a realistic opportunity. We have recently provided funding to the Aboriginal Achievement Foundation. They have developed a program in schools that was modeled on one called Aboriginal Railways, which was paid for by VIA Rail. It is promotional material for use in First Nations schools about how they could become doctors and nurses and dentists and what kind of work it is. There is a real need to ensure that people learn sciences in high school.

The government has allocated, as part of its new commitments, \$100 million for an Aboriginal health human resources initiative. The funding has not been finalized by Treasury Board, but it is likely to go toward helping students in the form of financial support, and also financial institutions. I have been in discussions with most of the medical schools in Canada on how we could support them in providing the ancillary services that are needed to make it a success for Aboriginal students. Often, that means helping them get into the program. It means providing support, social, educational and tutorial, while they are in the program, and an environment in which they feel that they can continue to be supported. Those are the kinds of things we are doing.

Senator Cordy: Are universities with nursing programs and medical schools in the loop? Are they actually trying to be part of the solution?

Mr. Potter: Yes. We have been working with the medical schools and the nursing schools. We are having a major conference at the end of this month, I think it is April 30, at which representatives of all those organizations will come together to help us and the provincial governments — the provincial governments have a huge stake in it, as they are the funders of the colleges and the schools and the licensing authorities — use the \$100 million that we have announced as leverage for a better system to produce more Aboriginal health professionals.

Senator Cordy: Part of the Catch-22 is that when you have low numbers, you do not have role models for young people to look up to.

My last question has to do with an issue that you mentioned in your opening remarks, and that is the Aboriginal suicide rate. A few years ago, National Chief Matthew Coon Come and former minister Allan Rock set up a suicide prevention advisory group. I have not seen the recommendations, but I am assuming you have. Are you working on the recommendations, and if so, what stage are they at?

M. Potter : Correct.

Le président : Je crois que c'est le nombre exact; c'est celui que nous avons obtenu, et nous avons rencontré 50 p. 100 d'entre eux.

M. Potter : Il y en a très peu. Il y a seulement de 1 000 à 2 000 infirmières autochtones sur un total de 250 000.

Il faut intervenir dans tout le système, en commençant à l'école primaire, afin que cela devienne une possibilité réelle pour les Autochtones. Nous avons récemment accordé des fonds à l'Aboriginal Achievement Foundation. Cette organisation a élaboré un programme dans les écoles en s'inspirant d'un autre programme, l'Aboriginal Railways, qui était financé par VIA Rail. Il s'agit de fournir des documents promotionnels aux écoles autochtones sur les moyens à prendre pour devenir médecins, infirmières ou dentistes, tout en décrivant de quel genre de travail il s'agit. Il faut vraiment s'assurer que les jeunes s'intéressent aux sciences à l'école secondaire.

Dans le cadre de ses nouveaux engagements, le gouvernement a alloué 100 millions de dollars à l'initiative pour les ressources humaines en santé autochtone. Le financement n'a pas été finalisé par le Conseil du trésor, mais servira sans doute à accorder une aide financière aux étudiants et aux établissements. J'ai parlé avec la plupart des collèges de médecine au Canada sur les moyens qui pourraient être utilisés pour encourager les Autochtones en offrant les services auxiliaires nécessaires à leur succès. Souvent, cela signifie les aider à s'inscrire au programme. Cela signifie leur assurer un soutien social, éducatif et tutorial pendant leurs études et un environnement dans lequel ils sentiront qu'ils peuvent obtenir le soutien dont ils ont besoin. Ce sont des mesures de ce genre que nous prenons.

Le sénateur Cordy : Les universités qui offrent des programmes de soins infirmiers et les collèges de médecine participent-ils? Essaient-ils de faire partie de la solution?

M. Potter : Oui. Nous travaillons avec les collèges de médecine et de soins infirmiers. À la fin du mois, nous tiendrons une importante réunion, je crois que la date prévue est le 30 avril, qui regroupera des représentants de toutes ces organisations afin d'aider les gouvernements fédéral et provinciaux — les gouvernements provinciaux ont un intérêt majeur dans cette question puisqu'ils assurent le financement des collèges, des écoles et des organismes de réglementation professionnelle — à déterminer comment utiliser les 100 millions qui ont été annoncés pour améliorer le système à l'égard de la formation de professionnelles autochtones dans le domaine de la santé.

Le sénateur Cordy : Une partie de l'impasse est que lorsque les chiffres sont bas, il n'y a pas de modèles pour inspirer les jeunes.

Ma dernière question porte sur un point que vous avez abordé dans votre déclaration préliminaire, c'est-à-dire le taux de suicide. Il y a quelques années, le chef national Matthew Coon Come et l'ancien ministre Allan Rock ont mis sur pied un groupe consultatif sur la prévention du suicide. Je n'ai pas vu leurs recommandations, mais je suppose que vous en avez pris connaissance. Travaillez-vous sur ces recommandations, et si c'est le cas, à quelle étape en êtes-vous?

Mr. Potter: I will ask Ms. Langlois to talk to you about that specifically. Yes, we have seen the recommendations and we are acting on them. One of those recommendations, which segues into your earlier question, is support for an Aboriginal role model program. We are funding the National Aboriginal Health Organization to sponsor Aboriginal young people as role models. Their first choice was Jordin Tootoo, who is an incredible hockey player, and the first Inuk player who made it into the national league. His brother, as many of you may know, committed suicide. He is dedicated to working with Aboriginal people, using his personal experience and knowledge, and to setting an example to show what can be done; he is also very conscious of and sympathetic to the issues around suicide.

Ms. Langlois: There were four themes in the recommendations of the suicide prevention advisory group that was set up by National Chief Matthew Coon Come and Minister Rock, who was Minister of Health at the time. The four themes had to do with increasing knowledge about what works in suicide prevention, developing more effective and integrated services, supporting community-driven approaches, and building youth resilience, identity and culture.

Prior to the announcement of the \$65 million for the suicide prevention strategy, we had been working with the Assembly of First Nations and the Inuit Tapiriit Kanatami to address those recommendations. I will talk about the things we did prior to getting this new injection of money, which I think positioned us to get the support for this new strategy.

We wanted to document the promising strategies that exist around youth suicide prevention in Aboriginal communities. In fact, we found that the RCMP care very much about this issue. The Centre for Suicide Prevention, which is an arm of the Canadian Mental Health Association, produced a document entitled "Promising Strategies." I highly recommend that document to this committee, and we could make it available to you. It has evaluated 27 examples and shows what the impact can be. We modeled much of our thinking and work on that document.

We have also worked with the Canadian Institutes of Health Research, the Institute of Aboriginal People's Health, to develop some suicide research funding. We funded them to put out a call for suicide research amongst their new emerging teams, and they have done that. We are also working with the Canadian Population Health Initiative to adapt the work of Chandler and Lalonde, some groundbreaking suicide research in British Columbia.

As Mr. Potter mentioned, we have been working with the Indian Health Services in the United States on a common suicide-prevention agenda, because it is a key issue for them as well.

That is what we have been doing to increase knowledge.

M. Potter : Je vais demander à Mme Langlois de vous répondre de manière précise. Oui, nous avons pris connaissance des recommandations et nous avons entrepris d'y répondre. Une de ces recommandations, qui touche votre question précédente, est d'encourager un programme de personnages modèles autochtones. Nous accordons un financement à l'Organisation nationale de la santé autochtone pour lui permettre de parrainer de jeunes autochtones comme modèles. Leur premier choix s'est porté sur Jordin Tootoo, un excellent joueur de hockey et le premier joueur inuit à être recruté dans la Ligue nationale. Son frère, comme plusieurs le savent, s'est suicidé. Il est dédié à aider les Autochtones avec son expérience personnelle et ses connaissances et à servir d'exemple pour montrer ce qui est possible. Il est aussi très sensibilisé et très touché par les questions entourant le suicide.

Mme Langlois : Les recommandations du groupe consultatif sur la prévention du suicide créé par le chef national Matthew Coon Come et le ministre Rock, qui était alors le ministre de la Santé, portaient sur quatre thèmes. Ces quatre thèmes en étaient d'approfondir nos connaissances sur la prévention du suicide, d'élaborer des services plus efficaces et mieux intégrés, de soutenir les approches communautaires et d'améliorer la force morale, de renforcer l'identité et d'appuyer la culture des jeunes.

Avant l'annonce du financement de 65 millions de dollars accordée à l'initiative de prévention du suicide, nous avons travaillé avec l'Assemblée des Premières nations et la Inuit Tapiriit Kanatami dans le but de répondre à ces recommandations. Je vais décrire le travail que nous avons accompli avant de recevoir ce nouveau financement, grâce auquel, je crois, nous avons obtenu le soutien nécessaire à cette nouvelle stratégie.

Je veux témoigner des stratégies prometteuses qui existent dans les communautés autochtones sur la prévention du suicide chez les jeunes. De fait, nous constatons que la GRC se préoccupe beaucoup pour cette question. Le Centre for Suicide Prevention, qui relève de l'Association canadienne pour la santé mentale, a produit un document intitulé *Promising Strategies*. J'en recommande vivement la lecture à votre comité et je le mettrai à votre disposition. On y retrouve 27 exemples et une description des conséquences possibles. Une grande partie de nos principes et de notre travail repose sur ce document.

Nous avons aussi travaillé avec l'Institut de recherche en santé du Canada et l'Institut de la santé des Autochtones, pour trouver des sources de financement pour la recherche sur le suicide. Nous leur avons fourni le financement requis pour demander aux nouvelles équipes de recherche de travailler sur le suicide, et c'est ce qu'elles ont fait. Nous travaillons aussi avec l'Initiative sur la santé de la population canadienne pour adapter le travail de Chandler et Lalonde, des chercheurs de la Colombie-Britannique qui ont réalisé des recherches innovatrices sur le suicide.

Comme l'a précisé M. Potter, nous avons aussi travaillé avec les Indian Health Services des États-Unis à l'élaboration d'un programme de prévention du suicide commun, car il s'agit d'une question importante pour eux aussi.

C'est ce que nous faisons pour approfondir nos connaissances.

In terms of developing more effective and integrated services, we decided the best way to start was to bring all the parties together, the provinces, the territories, ourselves, the AFN, the ITK, and mental health experts. Ms. Marret, who was just here, is part of the group that we are calling our mental wellness advisory committee. That group will take the work that we did collaboratively with the AFN and the ITK, on which we issued a report in 2002, called "The Mental Wellness Framework," as a basis to move forward with a strategic plan for how we will develop more coordinated services with the provinces and territories and work towards that seamless continuum. We are putting that in place now.

We are also doing a scan of federal-provincial-territorial and Aboriginal collaborations on mental health and addictions, including suicide prevention, to find out what is already out there.

In terms of supporting community-driven approaches, we have developed a community-planning suicide prevention toolkit with the National Aboriginal Health Organization, and we have been focus-testing that in communities. With the new money, we expect to do more work with that toolkit and begin to bring it out to communities.

We have supported Aboriginal trainers to deliver the applied suicide-intervention skills training program. We have adapted that curriculum for Aboriginal communities, since that had not been done before our support. We have delivered it in more than 40 communities over the last year.

Building youth identity, resilience and culture is a key part. We have worked with the Assembly of First Nations Youth Council to develop and pilot a youth leadership-development curriculum. We know that the engagement of youth in issues within their communities is a key protective factor in suicide prevention. We also worked with the National Inuit Youth Council to help them develop their national prevention framework, which was recently published. As Mr. Potter mentioned, the other element is our national Aboriginal youth role model program. Those are the things we have been doing prior to the new \$65-million injection. It is our response to the suicide prevention advisory group report.

Senator Cordy: It is a worthwhile report.

Senator Keon: Mr. Chairman, my questions have been answered, for the most part. I have had a little experience with the hospital in Iqaluit and with patients travelling from the North for treatment here. Language is a dreadful problem. Senator Cordy asked you the questions that I had in mind, so I will expand on them. Is there a dedicated program for the management of the mentally ill, because the communication problems can be serious enough in somatic or physical illness?

En ce qui a trait à la mise sur pied de services plus efficaces et mieux intégrés, nous avons décidé que la meilleure façon de commencer était de réunir tous les intervenants, les provinces, les territoires, le fédéral, l'APN, l'ITK et les spécialistes en santé mentale. Mme Marrett, qui était ici tout à l'heure, fait partie d'un groupe que nous appelons notre comité consultatif sur le mieux-être mental. Ce groupe utilisera le travail que nous avons fait en collaboration avec l'AFN et l'ITK, et qui a servi à la rédaction du rapport « The Mental Wellness Framework » publié en 2002, pour établir un plan stratégique sur les moyens à prendre pour améliorer la coordination des services avec les provinces et les territoires et l'harmonisation des services. Nous sommes en train de mettre tout cela en place.

Nous sommes également en train d'inventorier les diverses collaborations entre les gouvernements fédéral, provinciaux, des territoires et autochtones en matière de santé mentale et de lutte aux toxicomanies, y compris la prévention du suicide, afin d'avoir une idée précise de ce qui est déjà en place.

En ce qui a trait au soutien aux approches communautaires, nous avons conçu une trousse de prévention communautaire du suicide avec l'Organisation nationale de la santé autochtone, et nous effectuons des essais auprès de groupes cibles dans ces communautés. Grâce au nouveau financement, nous pensons être en mesure d'effectuer plus travail avec cette trousse et de commencer à les distribuer dans les communautés.

Nous avons soutenu des formateurs autochtones pour enseigner le programme de formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide. Nous en avons adapté le curriculum aux communautés autochtones, puisque cela n'avait jamais été fait. Nous avons organisé des formations dans 40 communautés l'année dernière.

L'amélioration de la force morale, le renforcement de l'identité et l'appui à la culture des jeunes est un élément important. Nous avons travaillé avec le Conseil national des jeunes de l'Assemblée des Premières nations à l'élaboration et à l'essai d'un curriculum sur le développement en leadership. Nous sommes conscients que l'engagement des jeunes envers les questions qui touchent leurs communautés est un facteur de protection clé dans la prévention du suicide. Nous avons aussi travaillé avec le Conseil national de la jeunesse inuite pour l'aider à concevoir son propre cadre national en matière de prévention, qui a récemment été publié. Comme M. Potter l'a mentionné, l'autre élément est notre Programme national des personnages modèles autochtones. Voilà le travail que nous faisons avant de recevoir le nouvel investissement de 65 millions. C'est ainsi que nous avons répondu au rapport du groupe consultatif sur la prévention du suicide.

Le sénateur Cordy : C'est un rapport très utile.

Le sénateur Keon : Monsieur le président, mes questions ont été en grande partie abordées. J'ai vécu une brève expérience à l'hôpital d'Iqaluit et avec les patients qui viennent du Nord pour y recevoir des traitements. Les problèmes linguistiques sont horribles. Puisque le sénateur Cordy a posé les questions auxquelles j'avais pensé, je vais les approfondir. Existe-t-il un programme spécial pour la gestion des personnes atteintes de maladie mentale? Les problèmes de communication peuvent être

However, such communication problems must be overwhelming in mental illness. Within the hospital in Iqaluit and when patients land here from the North, not much conversation transpires. While there are translators, the health professionals usually have no ability to communicate in a native language.

You have answered the question on suicide prevention and I commend you for it. However, on the larger question of psychiatric services, have you looked specifically for a way to deal with communication between psychiatric patients and health professionals?

Mr. Potter: I will try to address that question. Being able to communicate effectively in the Inuit language has long been a tradition in our program. We have what we call “community health workers,” who started out as translators, essentially. Their job has developed over the years, but that translation function is still critical. In mental health services, it is a challenge. One promising area where we are doing more work and putting more resources into support is producing helpful results. It is tele-mental health services, whereby we do not take people out of the community where they can actually communicate with others. Rather, we have them stay and talk to their relatives and provide them a link to psychiatric services in facilities elsewhere through a video-conferencing system. I understand that has been a highly effective therapeutic intervention. We have been supporting the expansion and development of that kind of service across the country.

Senator Keon: That is most interesting. I spent one week up North a couple of years ago with our technology team to assist them in setting up telehealth. I am quite familiar with it, and it is a great asset.

Senator Cook: Mr. Potter, how do First Nations and Inuit access long-term mental health counselling?

Ms. Langlois: That is where our services would end. We would provide the short-term crisis mental health counselling and then a referral would be made to the provincial system. It would be accessed in the same way as any individual off reserve, through emergency or a family physician.

Senator Cook: Who would pay for the service in that instance?

Ms. Langlois: The province would pay.

Senator Cook: Would that be at the point of entry?

Ms. Langlois: Provinces are responsible for providing hospital and physician services for all their residents.

Senator Cook: That is under the Canada Health Act.

Ms. Langlois: Yes, for all their residents, no matter where they live.

Senator Cook: Off-reserve First Nations people are covered under the Canada Health Act.

assez importants dans le cas de maladie somatique ou physique, mais dans le cas des maladies mentales, ils peuvent devenir désespérants. Lorsque les patients arrivent à l'hôpital d'Iqaluit, il n'y a pas beaucoup de conversation. Bien qu'il y ait des traducteurs sur place, les professionnels de la santé sont généralement incapables de communiquer en inuktitut.

Vous avez répondu à ma question sur la prévention du suicide et je vous en remercie. Par contre, en ce qui concerne l'aspect plus large des services psychiatriques, avez-vous cherché une solution spécifique pour assurer la communication entre les patients en psychiatrie et les professionnels de la santé?

M. Potter : Je vais tenter de répondre à cette question. La capacité de communiquer efficacement en inuktitut a toujours été considérée comme une tradition dans notre programme. Nous employons des « agents de santé communautaire » qui ont en général commencé à travailler en tant que traducteurs. Leur travail a évolué au cours des années, mais la traduction demeurée une fonction essentielle. Dans les services de santé mentale, c'est un grand défi. Nous obtenons présentement de bons résultats dans un aspect prometteur auquel nous consacrons plus d'efforts et de ressources. Il s'agit des services de télésanté mentale, qui permettent aux patients de demeurer dans la communauté où ils peuvent communiquer avec d'autres. Ainsi, grâce à un système de vidéoconférence, nous pouvons leur offrir les services psychiatriques d'établissements lointains pendant qu'ils demeurent près de leur famille. Il s'agit d'une intervention thérapeutique extrêmement efficace. Nous encourageons l'élargissement de ce genre de service dans l'ensemble du pays.

Le sénateur Keon : C'est vraiment intéressant. J'ai passé une semaine dans le Nord il y a environ deux ans avec notre équipe technique afin de les aider à mettre en place la télé-médecine. Je connais bien ce système qui est un atout important.

Le sénateur Cook : Monsieur Potter, comment les membres des Premières nations et les Inuits ont-ils accès aux consultations en santé mentale à long terme?

Mme Langlois : C'est là où nos services s'arrêtent. Nous assurons les consultations d'urgence en santé mentale et ensuite, un aiguillage est fait au système provincial. L'accès est le même que pour les personnes qui ne vivent pas dans les réserves, par l'urgence ou le médecin de famille.

Le sénateur Cook : Dans ce cas, qui paie pour les services?

Mme Langlois : C'est la province.

Le sénateur Cook : Quel serait le point d'entrée?

Mme Langlois : Les provinces sont responsables d'offrir les services hospitaliers et médicaux à tous leurs résidents.

Le sénateur Cook : Conformément à la Loi canadienne sur la santé.

Mme Langlois : Oui, à tous leurs résidents, peu importe leur lieu de résidence.

Le sénateur Cook : La Loi canadienne sur la santé s'applique aux membres des Premières nations qui ne vivent pas dans les réserves.

Ms. Langlois: Also, on-reserve people are covered for hospital and physician services.

Senator Cook: I keep forgetting that you have hospitals on reserves.

Senator Gill: I do not think you have done much about the mental health issues of First Nations people. I have one recommendation for you. If you wish to do something, do it within the communities, because most of the local people have the remedies — they know what to do about it — instead of bringing people south to hospitals here. I would recommend that a program be set up with the people in their communities and they will find the solution.

Mr. Potter: If I may, senator, I totally agree. All of the information we have, both scientific and the advice we receive from First Nations and Inuit, indicates that the secret to better health services and outcomes, mental or physical, occurs when working with the communities and supporting them to support their members. That is absolutely critical.

Mr. Chairman, if I may, I would like to address the committee in writing on how to provide the services and whether we should pay the provinces to provide them.

The Chairman: Yes, absolutely.

Mr. Potter: One aspect is that the communities want to be empowered. They need to feel that they have more control of the health system. I am absolutely convinced that better health outcomes will not be achieved unless we can support the communities in taking a more active role. Our strategy is to try to work with the provinces and the communities, using the federal government resources, to see if we can design a health system in which communities can play that role. I do not think that we will get the results, as technically proficient as we may be, unless we can build a health system that is seen to be driven by the community, supported by the community and, often, delivered by community members.

The Chairman: I could not agree with you more. I only make the observation, apropos of Senator Keon's comments earlier, that that exact statement can be made about the delivery of health services to any community. It has nothing to do with the community being Aboriginal. I have no disagreement with you about the need to deliver the services at the community level, for all the reasons you have given. I would make the argument that everything you have said applies to communities collectively across the country, not only to on-reserve communities. I would like a more detailed response, if you would.

You said that you pay for 10 million prescriptions each year for about 750,000 people. Do you pay for prescriptions for off-reserve people as well?

Mme Langlois : Ceux qui vivent dans les réserves sont aussi assurés pour les services hospitaliers et médicaux.

Le sénateur Cook : J'oublie toujours que vous exploitez des hôpitaux dans les réserves.

Le sénateur Gill : Je ne crois pas que vous avez fait beaucoup en matière de santé mentale pour Premières nations. Je vais vous faire une recommandation. Si vous voulez faire quelque chose, faite-le dans les communautés, parce que la majorité de la population locale connaît les solutions — ils savent quoi faire — plutôt que de déplacer les gens dans les hôpitaux du Sud. Je vous recommanderais d'instaurer un programme avec les membres des communautés et ils trouveront une solution.

M. Potter : Si je peux me permettre, sénateur, je suis totalement d'accord. Toutes les données dont nous disposons, autant les données scientifiques que les conseils que nous recevons des Premières nations et des Inuits, indiquent que l'amélioration des services de santé et des résultats, au niveau mental ou physique, se produisent lorsque nous travaillons avec les communautés et que nous encourageons les efforts qu'elles déploient pour soutenir leurs membres. C'est un point absolument essentiel.

Monsieur le président, si cela est possible, j'aimerais avoir la possibilité de m'adresser par écrit au comité afin de décrire la prestation des services et si nous devrions ou non payer les provinces pour s'en charger.

Le président : Oui, bien sûr.

M. Potter : Les communautés veulent être habilitées. Elles ont besoin de sentir qu'elles exercent une influence sur le système de santé. Je suis absolument convaincu que des meilleurs résultats en santé ne seront pas obtenus tant que nous n'encouragerons pas les communautés à participer plus activement. Notre stratégie est de travailler avec les provinces et les communautés, en utilisant les ressources du gouvernement fédéral, afin de déterminer si nous pouvons établir un système de santé dans lequel les communautés pourront jouer un rôle actif. Malgré nos compétences techniques, je ne pense pas que nous obtiendrons des bons résultats si nous ne réussissons pas à créer un système de santé qui serait perçu comme relevant de la communauté, soutenu par la communauté, et souvent mis en oeuvre par les membres de la communauté.

Le président : Je suis totalement d'accord avec vous. Je voudrais simplement faire remarquer, en référence aux commentaires faits par le sénateur Keon un peu plus tôt, que cette affirmation s'applique à la prestation des services de santé dans n'importe quelle communauté. Cela n'a rien à voir avec le fait qu'il soit question d'une communauté autochtone. Je ne suis pas en désaccord avec vous au sujet du besoin d'offrir les services au niveau de la communautaire, pour toutes les raisons que vous avez mentionnées. Je veux souligner que tout ce que vous avez dit s'applique à l'ensemble des communautés du pays, pas seulement à celles établies dans les réserves. Si vous le voulez bien, j'aimerais que vous me donniez une réponse détaillée.

Vous avez dit que le coût des ordonnances s'élevait à 10 millions par année pour environ 750 000 personnes. Est-ce que vous payez aussi pour les ordonnances des personnes qui ne vivent pas dans les réserves?

Mr. Potter: There are approximately 750,000 people.

The Chairman: That is 12.5 prescriptions per year for each man, woman and child under your jurisdiction. I want to know if that number is right. I will try to obtain the Canadian average number of prescriptions and compare them. Your figure must be three to four times the Canadian average when you recognize that you are dealing with every man, woman and child. Perhaps I am completely wrong.

Mr. Potter: I have all of those details and I could provide the committee with an exhaustive report on the pharmaceutical expenditures by type.

The Chairman: That would be great. If the number of prescriptions is two to four times the Canadian average, it tells us how bad the health status is. Those numbers tell the story. Thank you.

The committee adjourned.

OTTAWA, Thursday, April 21, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 10:45 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, we have here today two panels. The first is from Social Development Canada. They will read the volume that was put in front of you, from which you are likely to get a hernia if you pick it up. We are delighted to have with us Cecilia Muir, the Director General, and Georges Grujic, the Director of Programs, of the Office of Disability Issues of Social Development Canada. We will ask the witnesses to make those opening statements and we will then turn to questions.

This is the first time in quite a while that we have had someone from your department with us. We are delighted to have you here.

Ms. Cecilia Muir, Director General, Office of Disability Issues, Social Development Canada: Thank you for the warm welcome. We are very pleased to be here. We have talked a few times on the phone so I feel I have some familiarity with the committee already.

I will speak to the deck that I have given you. It is a reading deck, so I will go through it systematically.

I want to emphasize that I understand that the purpose for us being here today is to enable the committee to acquire a deeper understanding of the role of the federal government in the direct

M. Potter : Il y a environ 750 000 personnes.

Le président : Cela équivaut à 12,5 ordonnances par année pour chaque homme, femme et enfant sous votre juridiction. Je voudrais savoir si ce chiffre est exact. Je vais essayer d'obtenir la moyenne canadienne pour le nombre d'ordonnances et les comparer. La vôtre doit être trois à quatre fois plus élevée que la moyenne canadienne considérant qu'il est question de tous les hommes, toutes les femmes et tous les enfants. Je suis peut-être complètement dans l'erreur.

M. Potter : J'ai toutes ces données et je pourrais remettre au comité un rapport détaillé sur les dépenses en produits pharmaceutiques selon le type.

Le président : Ce serait excellent. Si le nombre d'ordonnances est deux ou trois fois supérieurs à la moyenne canadienne, cela nous indiquera à quel point l'état de santé est mauvais. Ces chiffres parleront. Je vous remercie.

La séance est levée.

OTTAWA, le jeudi 21 avril 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 10 h 45 pour examiner des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs, nous recevons aujourd'hui deux groupes. Le premier provient de Développement social Canada. Ils vont lire le volume qu'on a mis devant vous, et qui risque de vous donner une hernie si vous essayez de le soulever. Nous sommes très heureux d'avoir avec nous aujourd'hui Cecilia Muir, directrice générale, et Georges Grujic, directeur des programmes, du Bureau de la condition des personnes handicapées de Développement social Canada. Nous allons demander aux témoins de procéder avec leurs déclarations préliminaires, après quoi nous passerons aux questions.

C'est la première fois depuis longtemps que nous avons quelqu'un de votre ministère parmi nous. Nous sommes très heureux que vous soyez là.

Mme Cecilia Muir, directrice générale, Bureau de la condition des personnes handicapées, Développement social Canada : Merci de nous souhaiter chaleureusement la bienvenue. Nous sommes très heureux d'être ici. Nous avons déjà communiqué quelques fois par téléphone et j'ai l'impression de déjà connaître un peu votre comité.

Je ferai référence au jeu de diapositives que je vous ai fait distribuer. C'est un jeu que vous pouvez lire, donc je le suivrai de façon systématique.

Je voudrais souligner que, selon moi, le but de notre présence ici aujourd'hui est de permettre au comité d'acquiescer une compréhension plus soutenue du rôle du gouvernement fédéral

provision of mental health supports and services. I am here specifically to talk about the role of Social Development Canada and how mental health provisions are covered under that.

In the invitation, you asked specifically about what we could provide in five areas. First is detailed statistics. Second is the legislative basis. Third is which services are delivered directly by us. Fourth is the nature of the relationship with other levels of government. Fifth, could we provide a case study illustrating how a program might be delivered.

I will refer briefly to the binder of material that you have. In there you have fact sheets on each of the programs that we deliver in the area of disability. There is one on the Social Development Partnerships Program — Disability Component. There is one on the Community Inclusion Initiative that is part of the Social Development Partnerships Program; the Opportunities Fund; and the Labour Market Agreements for Persons with Disabilities with the provinces. There is a fact sheet on the Canada Pension Plan disability component. There is a case study of how we fund the Mental Health Association, and there are detailed statistics in volume 7.

We have provided a great deal of information to you there. We are very happy to take questions on that subsequent to my opening remarks.

The Chairman: One question of clarification so that I understand your terminology.

Does “disability” in the context in which you will use it include mental disability or only physical disability?

Ms. Muir: We use the term broadly and it most certainly does include mental disability.

The Chairman: Many of the regulations covering “the disabled” concern only the physically disabled.

Ms. Muir: In our context it covers both visible and invisible disabilities, including matters such as learning disabilities.

Thank you for asking that question because I want to be very clear about that.

There are two sections in our statistics. One is based on the participation and limitation survey done in 2001, the next of which will be done in 2006. The other is a very interesting public opinion survey that was released last fall, the first one ever done in Canada, on public attitudes to persons with disabilities, and there are particular references to mental disabilities.

dans le domaine du soutien et des services en santé mentale. Je suis ici tout particulièrement pour vous parler du rôle de Développement social Canada dans la prestation de services en santé mentale.

Dans l'invitation que vous nous avez envoyée, vous demandiez tout particulièrement que nous fournissions de la documentation dans cinq domaines. Le premier concernait des statistiques détaillées, le second la base juridique, le troisième les services que nous fournissons directement, le quatrième la nature de la relation avec les autres paliers de gouvernement et pour le cinquième, il s'agissait de fournir une étude de cas illustrant comment un programme était mis en application.

Je ferai brièvement référence à la documentation que vous avez devant vous. Vous y trouverez des feuillets d'information sur chacun des programmes que nous fournissons aux personnes handicapées. Il y a une page concernant le Programme de partenariats pour le développement social — volet pour les personnes handicapées. Il y a une feuille sur l'Initiative pour l'intégration communautaire, qui fait partie du Programme de partenariats pour le développement social, le Fonds d'intégration et les ententes sur le marché du travail, avec les provinces, visant les personnes handicapées. Il y a une feuille sur le Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada et une étude de cas sur la façon dont nous finançons l'Association pour la santé mentale. Vous trouverez des statistiques détaillées au volume 7.

Nous vous avons fourni énormément de documentation. Nous serons très heureux de répondre à vos questions à ce sujet, après mes remarques préliminaires.

Le président : Je voudrais éclaircir un point, afin de comprendre votre terminologie.

Est-ce que le terme « handicap », dans le contexte dans lequel vous l'utilisez, comprend le handicap mental ou seulement le handicap physique?

Mme Muir : Nous utilisons ce terme de manière générale et il inclut très certainement le handicap mental.

Le président : Une grande partie de la réglementation couvrant « les personnes handicapées » concerne uniquement les gens handicapés physiquement.

Mme Muir : Dans le contexte dans lequel nous l'utilisons, il couvre les handicaps visibles et invisibles, y compris des choses telles que les problèmes d'apprentissage.

Merci d'avoir posé cette question, parce que je voudrais que les choses soient claires à ce sujet.

Nos statistiques comprennent deux sections. L'une est fondée sur le sondage de participation et de limitation effectué en 2001; le prochain sondage aura lieu en 2006. L'autre est un sondage d'opinion très intéressant qui a été publié l'automne dernier, le premier jamais fait au Canada sur les attitudes du public envers les personnes souffrant de handicaps et ce sondage fait des références spéciales aux handicaps mentaux.

Now that I have given you a brief overview of what is in your binder, I will proceed with my opening remarks. I will refer to the slide entitled "Social Development Canada Approach" at page 3 in your deck. There has been an evolution of approaches in thinking about person with disabilities, including mental disabilities, in Canada since approximately the 1950s. In the 1950s, we went from an era where the thinking was about institutionalization to an approach of medical interventions. In the 1980s and 1990s, the independent living movement began to take hold. In the 2000s we talk about moving toward full inclusion.

There has been an evolution since the middle of the last century from the institutionalization model toward the concept of full inclusion. The evolution in these approaches began in 1981, which was the International Year of Disabled Persons. That initiative was very broad in terms of the disabilities it sought to raise awareness of and included mental disabilities.

I want to clarify what I mean when I say "inclusion." Full inclusion, which is our goal at Social Development Canada for all persons with disabilities, means that persons with disabilities will be full participants in all aspects of Canadian life and society and that we will seek opportunities, programs and services that help persons with disabilities, again including persons with mental disabilities, to maximize their well-being through access to required supports and the elimination of barriers.

There are two very important concepts with regard to inclusion. One is access and the other is participation. That is what I mean when I refer to "inclusion" or "full inclusion."

In terms of key legislation, we do not have a national act, as you are aware. However, there is a legislative framework, with three parts. In 1977, we got the Canadian Human Rights Act. In 1982, we got the Charter of Rights and Freedoms. By the way, Canada was the first country in the world to include clear reference to persons with disabilities in its Constitution. Third, we have the Employment Equity Act, which was first introduced in 1986 and revised in 1995. This covers all federally regulated employers. Therefore, we do have a legislative framework, although not a national act.

I will also clarify the size of the population. Our statistics are very sound, as we work with Statistics Canada on them. There are about 3.6 million persons in Canada with disabilities. That is a little over 12 per cent of the population. In addition, there are 2.8 million people who are caregivers, often family members, of persons with disabilities. That is a large proportion of our population and they are included in that number. Caregivers are an issue for persons with mental disabilities, so those are important statistics to remember.

Maintenant que je vous ai donné un bref aperçu de ce que contient votre documentation, je vais passer à mes remarques préliminaires. Je ferai référence à la diapositive intitulée « Approche de Développement social Canada » à la page 3 de votre jeu. S'agissant des personnes handicapées, y compris des handicaps mentaux, l'approche a évolué au Canada à partir des années 50 environ. Au cours de ces années, nous sommes passés d'une approche d'institutionnalisation à une approche d'interventions médicales. Au cours des années 80 et des années 90, le mouvement envers l'autonomie a commencé à prendre racine. Et dans les années 2000, nous parlons d'une intégration totale.

Il y a eu une évolution depuis le milieu du siècle dernier du modèle de l'institutionnalisation vers le concept de l'intégration totale. L'évolution de ces approches a commencé en 1981, l'Année internationale des personnes handicapées. Cette initiative visait à sensibiliser les gens à tous les types d'incapacités, y compris les troubles de santé mentale.

Je tiens à préciser ce que j'entends par le terme « intégration ». L'intégration totale de toutes les personnes handicapées, notre objectif à Développement social Canada, veut dire que les personnes handicapées participeront pleinement à tous les aspects de la vie et de la société canadienne et que nous chercherons des occasions, des programmes et des services qui aideront les personnes handicapées, y compris les personnes atteintes de troubles mentaux, à optimiser leur bien-être en ayant accès au soutien dont elles ont besoin et en éliminant les obstacles.

Il y a deux concepts très importants pour l'intégration. Le premier est l'accès et l'autre est la participation. Voilà ce que je veux dire lorsque je parle d'« intégration » ou d'« intégration totale ».

Pour ce qui est de la législation, nous n'avons pas de loi nationale, comme vous le savez. Toutefois, il y a un cadre législatif à trois volets. La Loi canadienne sur les droits de la personne a été adoptée en 1977 et la Charte des droits et libertés, en 1982. À propos, le Canada a été le premier pays au monde à inclure une mention claire aux personnes handicapées dans sa Constitution. Troisièmement, il y a la Loi sur l'équité en matière d'emploi qui a été adoptée en 1986 et modifiée en 1995 et qui s'applique à tous les employeurs assujettis à la réglementation fédérale. Ainsi, même si nous n'avons pas une loi nationale, nous avons bel et bien un cadre législatif.

J'aimerais également préciser la taille de la population. Nos données statistiques sont très bonnes, puisque nous travaillons avec Statistique Canada. Au Canada, il y a environ 3,6 millions de personnes handicapées. Cela représente un peu plus de 12 p. 100 de la population. En outre, il y a 2,8 millions de personnes, souvent des membres de la famille, qui fournissent des soins aux personnes handicapées. Cela fait une forte proportion de notre population qui est incluse dans ce chiffre. Il est parfois difficile de trouver des personnes pour fournir des soins aux personnes atteintes de troubles mentaux, et il est donc important de retenir ces statistiques.

Federal government expenditures in the area of persons with disabilities, which includes income support, funding programs, et cetera, were \$7.5 billion last year. The largest chunk is income support. The Canada Pension Plan disability component makes up about \$3 billion of that.

That gives you a sense of the size of the population we are talking about. It is more than 12 per cent. There are 2.8 million caregivers. Federal government expenditures were \$7.5 billion last year.

The Minister of Social Development Canada is the lead federal minister responsible for persons with disabilities. That does not mean that he is accountable for every service or program in the federal government, as you know, but we do play a strong coordinating role and we do offer a number of services and programs. Our social policy goal is to work with other partners — and there are many of them — to achieve the full participation of Canadians with disabilities in learning, work and community life through citizen-focused policies, programs and services.

We take a number of approaches to this. We work through four streams of programs and instruments. They are: community development initiatives; employment and learning programs; income measures — under which the Canada Pension Plan is a significant contributory program — and knowledge development, policy and awareness initiatives. Knowledge development and awareness is a large aspect of working toward full inclusion of persons with disabilities, as you know. I understand that Michael Wilson has recently become a spokesperson for this issue. That is an important step in terms of raising awareness and championing public ownership of and understanding about disability and, in this case, mental disability.

I will explain our approach to disability issues and illustrate, with reference to each of those four streams of activities, specifically what we do at Social Development Canada with respect to mental health and mental illness.

We do deal with disability generally and mental disabilities are part of that. We do not have targeted programs for mental disabilities. I will go through each of our programs and draw a link to where we have done something of direct relevance to mental disability.

Slides 4 and 5 give you a sense of who else is involved and some of the formal structures that are in place to help us work horizontally. There are many players in the area of mental disability. You are probably aware of that already from the work you are doing. We work internationally. We work with the provinces and territories because so much is in their domain. We

L'an dernier, le gouvernement fédéral a dépensé 7,5 milliards de dollars pour aider les personnes handicapées, ce qui comprend le soutien du revenu, le financement de programmes, et cetera. Les mesures de soutien du revenu sont celles qui coûtent le plus cher. Le Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada compte pour environ 3 milliards de dollars de ce montant.

Cela vous donne une idée de la taille de la population qui nous intéresse, soit plus de 12 p. 100 de la population totale. Il y a 2,8 millions de fournisseurs de services. Les dépenses du gouvernement fédéral se sont élevées à 7,5 milliards de dollars l'an dernier.

Le ministre de Développement social Canada est le ministre fédéral qui a la principale responsabilité des personnes handicapées. Cela ne veut pas dire qu'il est responsable de tous les services et programmes du gouvernement fédéral, comme vous le savez, mais nous jouons un important rôle de coordination et nous offrons un certain nombre de programmes et de services. Notre objectif en matière de politique sociale est de travailler avec d'autres partenaires — et ils sont nombreux — pour assurer la pleine participation des Canadiens handicapés dans l'apprentissage, le marché du travail et la vie communautaire au moyen de politiques, de programmes et de services axés sur les citoyens.

Nous avons adopté un certain nombre d'approches pour atteindre cet objectif. Nous avons quatre instruments : les initiatives de développement communautaire; les programmes d'emploi et d'apprentissage; les mesures de soutien du revenu — dont le Régime de pensions du Canada est le principal élément contributif—; et les initiatives relatives au développement des connaissances, à l'élaboration des politiques et à la sensibilisation du public. Le développement des connaissances et la sensibilisation du public sont deux éléments importants pour l'intégration totale des personnes handicapées, comme vous le savez. Je crois savoir que Michael Wilson est devenu récemment un porte-parole dans ce dossier. C'est une étape importante pour sensibiliser davantage la population aux handicaps et, en l'occurrence, aux handicaps mentaux, et pour amener le public à comprendre que c'est une responsabilité qui appartient à tout le monde.

Je vais vous expliquer notre approche à l'égard des handicaps et je vais vous indiquer, pour chacun de ces quatre volets d'activités, ce que nous faisons à Développement social Canada en ce qui concerne la santé et la maladie mentales.

Nous nous occupons des handicaps de manière générale et nous n'avons pas de programmes particuliers pour les handicaps mentaux. Je vais vous présenter chacun de nos programmes et je vais indiquer les mesures que nous avons prises qui s'appliquent directement aux handicaps mentaux.

Les diapositives 4 et 5 vous donnent une idée de nos partenaires et de certaines des structures officielles qui sont en place pour favoriser la collaboration horizontale. Il y a de nombreux intervenants dans le domaine des handicaps mentaux, mais ça, vous le savez probablement déjà en raison du travail que vous faites. Nous avons des partenaires internationaux. Nous

work closely and regularly with officials at the provincial and territorial level. We also work interdepartmentally to try to bring coherence to federal-level programming.

We work regionally as well. Some of our programs are delivered at the regional level because that makes the most sense. We also work closely with the disability community, particularly representatives of national stakeholder organizations. We are very involved on the United Nations convention on the rights of persons with disabilities, which is in the process of being developed.

That is on-going work with that right now. The Department of Foreign Affairs is the lead, but we are key players.

Page 5 shows a list of the government of Canada roles. It also shows provincial and territorial organizations, the new subcommittees of Parliament and non-profit organizations. This tells you the range of actors. When we laid this all out — I am relatively new to this job and I needed to see who everyone was — I was quite amazed. This is the picture that emerges.

The sheer number and complexity are very striking. I want to stress that although there are a lot of players here, it is not a mess. Everyone here has a legitimate role to play.

It says that the role of coordination and information sharing and linking amongst the players and the levels of government is crucial. That same truth applies, of course, to persons with mental disabilities. The importance of information being made available in an integrated way is extremely important. People live lives. They do not try and just access programs on a one off basis. There is a range of needs across the life cycle and it is important that there be continuity in programs and services.

This complexity and number presents huge challenges for persons with disabilities, their families and caregivers. We recognize this challenge, and the importance of making good solid knowledge available and of linking to other work going on in the field.

Many of the levers are in the provincial and territorial domain. I know that is something of which you are already well aware. It is comparable to what we do with the health sector.

The not-for-profit sector is very important. It delivers a lot of services for us through funding. I will leave that slide at that. That is the range of players.

The next five slides are snapshots of key Partner programs. They are covered much more fully in your binder. What is in the binder is user friendly. Basically, the Social Development Partnerships Program — Disability Component is a key

travaillons avec les provinces et les territoires puisque cette question relève en grande partie de leur compétence. Nous travaillons étroitement et régulièrement avec les fonctionnaires provinciaux et territoriaux. Nous travaillons également avec d'autres ministères pour essayer d'assurer la cohérence entre les programmes fédéraux.

Nous travaillons également au niveau régional. Certains de nos programmes sont exécutés au niveau régional, puisque c'est l'approche la plus logique. Nous travaillons aussi étroitement avec les organismes de services aux personnes handicapées et particulièrement avec les représentants des organismes nationaux. Nous participons activement à l'élaboration d'une convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées.

C'est un travail qui est en cours à l'heure actuelle. Le ministère des Affaires étrangères est le chef de file dans ce dossier, mais nous sommes des intervenants importants.

À la page 5, vous trouverez la liste des fonctions du gouvernement du Canada. Vous y verrez également les organismes provinciaux et territoriaux, les nouveaux sous-comités du Parlement et les organismes sans but lucratif. Cela vous donne une idée du nombre d'intervenants. Lorsque nous avons préparé ce tableau — je suis assez nouvelle dans ce poste et j'avais besoin de voir qui sont tous les joueurs — j'ai été assez étonnée. Voilà l'image qui se dégage.

Le nombre d'intervenants et la complexité sont vraiment frappants. Je tiens cependant à souligner que malgré le nombre de joueurs, il n'y a pas de confusion. Tout le monde a un rôle légitime à jouer.

Cela montre que le rôle de coordination et de partage de l'information et d'établissement de réseaux entre les intervenants et les différents gouvernements est essentiel. Il en va de même, bien sûr, pour les personnes atteintes d'un handicap mental. Il est extrêmement important que l'information soit diffusée d'une manière intégrée. Les gens vivent leur vie. Ils n'essaient pas d'obtenir accès à un programme en particulier. Ils ont des besoins changeants au fil de leur vie et il est important qu'il y ait une continuité dans les programmes et les services.

Cette complexité et le nombre d'intervenants constituent d'énormes défis pour les personnes handicapées, leur famille et ceux qui leur fournissent des soins. Nous reconnaissons cette difficulté et l'importance de fournir de bons renseignements fiables et d'établir des liens avec ce que d'autres font dans le domaine.

Les provinces et les territoires ont de nombreux leviers. Je sais que vous êtes déjà très bien au courant de cela. C'est comparable à ce qui se passe dans le secteur de la santé.

Le secteur sans but lucratif est très important. Il assure la prestation de beaucoup de services pour nous grâce au financement qu'il reçoit. Je n'en dirai pas plus sur cette diapositive. Voilà l'ensemble des intervenants.

Les cinq prochaines diapositives donnent un aperçu des principaux programmes de partenariats sur lesquels vous trouverez des renseignements plus détaillés dans votre classeur. Les documents qui se trouvent dans le classeur sont faciles à

program. It is \$11 million a year. It is a grant and contribution program. Approximately, \$5 million a year is given in grant funding that allows national organizations — there are 18 of them — to have some sustaining or capacity-building funds. One of these is the National Network for Mental Health. That is the only mental health organization that receives this core funding, and it is in the amount of \$80,000 per year.

There are also 45 to 75 projects per year to get contributions. Some of them are around mental health. There are a couple of very good examples in your binder of projects that have been funded through this contribution funding. They are great products. One of them is *Your Health, Your Future*, put out by the Canadian Mental Health Association. Another one is, *Mental Health and Highlights*, a guide for students. Those are good examples of projects that we have been able to fund.

The next initiatives, on slide 7, are the community development initiatives. They are part of the Social Development Programs Fund, which provides \$3 million a year. They are for persons with intellectual disabilities specifically. They are delivered through two national organizations. One is the Canadian Association for Community Living. The other one is People First of Canada.

You probably already know this. People First of Canada is a national organization that represents the interests of people who have been labelled as having learning, mental or psychological disabilities. There is information in your binder about this group.

Here are some stats for you. This community inclusion initiative is estimated to have directly involved 3500 families and 7400 individuals in the activities in 2003-04. That is an important piece of interest now. We will be able to take more questions on that once I am done.

The Labour Market Agreements for Persons with Disabilities are transfers to the provinces. There are \$223 million a year. They are employment-oriented, but provinces all have the flexibility in those agreements to also orient these funds towards persons with mental disabilities.

That is another important program. The provinces actually match that funding as well, and in some cases are exceeding it. They can deliver services around employment or helping people become employable. They can address persons with mental health disabilities through this as well.

On page 9, we talk about the Opportunities Fund for Persons with Disabilities. That is a \$30 million-a-year contribution program. It benefits about 3900 persons per year. It is broad,

consulter. Essentiellement, le Programme de partenariats pour le développement social — volet pour les personnes handicapées est un programme clé dont le budget se chiffre à 11 millions de dollars par année. Il s'agit d'un programme de subventions et de contributions. Environ 5 millions de dollars par année sont versés sous forme de subventions à 18 organismes nationaux pour leur permettre de développer et de maintenir leur capacité. L'un de ces organismes est le Réseau national pour la santé mentale, le seul organisme offrant des services en santé mentale à recevoir un financement de base qui s'élève à 80 000 \$ par année.

De plus, nous contribuons au financement de 45 à 75 projets par année dont certains concernent la santé mentale. Dans votre classeur, vous trouverez quelques très bons exemples de projets qui ont été financés au moyen de cette contribution. Ce sont d'excellents projets. L'un d'eux s'intitule *Ton éducation, ton avenir* de l'Association canadienne pour la santé mentale. Un autre, un guide pour les étudiants, s'intitule *La santé mentale et l'école secondaire*. Voilà de bons exemples de projets que nous avons pu financer.

Les initiatives qui suivent, sur la diapositive 7, sont les initiatives pour l'intégration communautaire. Elles relèvent du Fonds de partenariats de développement social et reçoivent trois millions de dollars par année. Elles s'adressent expressément aux personnes ayant une déficience intellectuelle. Leur mise en œuvre est assurée par deux organisations nationales. L'une est l'Association canadienne pour l'intégration communautaire, et l'autre, Des personnes d'abord du Canada.

Vous savez probablement déjà cela. Des personnes d'abord du Canada est une organisation nationale qui défend les intérêts des personnes qui ont été classées comme ayant des troubles d'apprentissage ou une déficience mentale ou psychologique. Vous trouverez dans votre classeur des informations au sujet de ce groupe.

Voici quelques statistiques. On estime que l'Initiative pour l'intégration communautaire est venue en aide directement à 3 500 familles et à 7 400 particuliers dans le cadre des activités qui ont été menées en 2003-2004. C'est une initiative qui a son importance maintenant. Nous pourrions répondre à vos questions à ce sujet lorsque j'aurai terminé.

Les Ententes sur le marché du travail visant les personnes handicapées s'inscrivent dans les transferts aux provinces. Il s'agit de 223 millions de dollars par année. Ces initiatives préparent à la vie active, mais dans le cadre de ces ententes, il est parfaitement loisible aux provinces de diriger également ces fonds vers l'aide aux personnes ayant une déficience mentale.

C'est un autre programme important. Les provinces fournissent en fait des fonds en contrepartie et, dans certains cas, leur part est plus élevée. Elles peuvent assurer des services qui concernent l'emploi ou aider les personnes à devenir employables. Elles peuvent également aider dans ce cadre les personnes ayant une déficience mentale.

À la page 9, il est question du Fonds d'intégration pour les personnes handicapées. Il s'agit d'un programme de contributions de 30 millions de dollars par année qui permet de venir en aide à

but there are some examples where we have helped persons particularly with mental disabilities. That is noted on the slide for you.

At the bottom of the slide, we talk about mental health organizations currently receiving what we call “national project” funding that includes both the National Network for Mental Health and the Canadian Mental Health Association. For example, the opportunities fund helped to finance the National Network for Mental Health project, Building Up Individuals Through Learning and Teamwork, BUILT. That project provides life skills, coping skills, customer service and computer skills to persons with mental health disabilities, to improve their successes in the job market. During the past year, nearly one third of the participants in that project became successfully employed.

Another example is a project managed by the Comité d’adaptation de la main-d’œuvre pour personnes handicapées, CAMO, in Quebec. A wage subsidy was given to an employer to hire and train a person with an intellectual disability as a grocery clerk in a large store. The participant was responsible for stocking shelves and maintaining them in a presentable fashion at all times. In this case, the participant did so well that once the funding ended, the employer kept the individual on and found the person to be a really valuable employee.

On page 10, we talk about income measures that are primarily the Canada Pension Plan Disability component. That is a contributory program that you are all aware of, or with which you are familiar. That is for any person who cannot work due to a severe and prolonged mental or physical disability. It is basically an earnings replacement. We know that there is a significant number of persons with mental disabilities who receive that benefit, which is the longest long-term disability program, income program, in Canada. It started in 1966.

One of the interesting statistics I got — I am not responsible for that particular program — was with a program of my good colleague. She tells me that clients with mental disabilities represent the largest segment of the disability benefits recipients who are able to attempt to return to work. They are a significant group. Again, there are nice tables that are quite clear in your binder in the section on CPPD, which break out the number of clients with mental disabilities for you.

On page 11, we talk about what we do in the area of knowledge development in Social Development Canada. We put out a number of information products. We do this because we cannot measure progress towards inclusion if we do not know what the baseline is and what the numbers are. We put out, *Disability in Canada: A 2001 Profile*, which I referred to that is in your binder. There will be another one done obviously to reflect the 2006

environ 3 900 personnes par année. C’est un programme d’application générale, mais on y trouve des exemples où l’on a aidé des personnes ayant notamment une déficience mentale. Il en est fait mention sur la diapositive à votre intention.

Au bas de la diapositive, nous mentionnons les organisations vouées à la santé mentale dont nous finançons ce que nous appelons les « projets nationaux », notamment le Réseau national pour la santé mentale et l’Association canadienne pour la santé mentale. Par exemple, le Fonds d’intégration a permis de financer le projet du Réseau national pour la santé mentale appelé Building Up Individuals Through Learning and Teamwork, ou BUILT. Ce projet permet à des personnes ayant une déficience mentale d’acquérir des aptitudes à la vie quotidienne, des habiletés d’adaptation et des compétences informatiques, pour qu’elles puissent améliorer leurs chances de réussite sur le marché du travail. Au cours de la dernière année, près du tiers des participants de ce projet ont réussi à trouver du travail.

Mentionnons aussi l’exemple du projet géré par le Comité d’adaptation de la main-d’œuvre pour personnes handicapées, CAMO, du Québec. Une subvention salariale a été versée à un employeur pour qu’il recrute et forme une personne ayant une déficience intellectuelle comme commis d’épicerie dans un grand magasin. Le participant avait pour responsabilité de garnir des rayons et de les maintenir présentables en tout temps. Dans ce cas-ci, le participant a tellement bien réussi qu’aux termes du programme, l’employeur l’a gardé à son service parce qu’il jugeait qu’il était un très bon employé.

À la page 10, il est question des mesures de soutien du revenu qui relèvent essentiellement du Programme de prestations d’invalidité du Régime de pensions du Canada. Il s’agit d’un programme d’assistance financière que vous connaissez tous ou dont vous avez une idée. Ce programme vient en aide à toute personne qui ne peut pas travailler en raison d’une incapacité physique ou mentale grave et prolongée. C’est essentiellement un programme de remplacement du revenu. Nous savons qu’un grand nombre de personnes ayant une déficience mentale reçoivent cette prestation, et il s’agit du programme de soutien du revenu pour personnes handicapées le plus ancien au Canada. Il a vu le jour en 1966.

L’une des statistiques intéressantes que j’ai obtenues — je ne suis pas responsable de ce programme en particulier — concernait un programme relevant de ma bonne collègue. Elle me dit que les clients ayant une déficience mentale constituent le plus gros groupe de bénéficiaires de prestations d’invalidité qui ont pu faire une tentative de retour au travail. C’est un groupe important. Je rappelle qu’il y a dans votre classeur, dans le chapitre qui traite du PPIRPC, de jolis tableaux qui sont tout à fait clairs et qui vous donneront le nombre de clients ayant une déficience mentale.

À la page 11, nous disons ce que nous faisons dans le domaine du développement des compétences à Développement social Canada. Nous publions un certain nombre de produits d’information. Nous faisons cela parce que nous ne pouvons pas mesurer le progrès vers l’intégration si nous ne savons pas d’où nous partons et quelles sont les données. Nous avons publié *L’incapacité au Canada : un profil en 2001*, qui se retrouve dans

participation in activity-limitation survey. That is important information that is used on delayed developmental learning, memory and psychological disabilities. That is an important source. It is used very broadly in the community. It is the single greatest and most definitive source of data about persons with disabilities in Canada. There are others, but this is the key one.

We also did the public opinion survey I mentioned at the beginning, which is the first ever survey of its type done in Canada. In the United States — I understand — this is done more regularly. In Canada this was the first one that we ever did. My office did it last year.

Again, the report reveals that persons with mental disabilities are more likely to be viewed as excluded, incapable and uncomfortable to be with, than other persons with disabilities. There are some interesting findings that I direct you to in that report.

We are in the process of doing some new forward policy planning and awareness building. We are getting some funds through the Government of Canada advertising campaign to raise awareness. We are working on the next participation activity-limitation survey with Stats Canada. There will be questions in there about persons with mental disabilities.

I do not need to say a lot more. My particular area, the Office of Disability Issues, is the focal point within Social Development Canada where we deliver a number of these grant contribution programs, that is, the Opportunities Fund for Persons with Disabilities, the Social Development Partnerships Program — Disability Component, and the Labour Market Agreement for Persons with Disabilities. We also work very closely with provinces and territories. We are developing new forward-looking policy approaches around income and supports for persons with disabilities. That is going to the Minister of Social Development in June. We produce and disseminate a lot of information and products, which we can speak more about. We make horizontal linkages within government. The importance of building awareness and building public ownership and commitment about the issues of disability and mental disabilities is hugely important. We have to look beyond the government-funding programs. Those are important, but we need to be doing the social marketing, education and awareness building as well.

Those are some pieces that we are trying to move forward on now. I will conclude there and take your questions.

voire classeur. Une autre publication traitera évidemment de l'enquête de 2006 sur la participation et les limitations d'activités. Ce sont des informations importantes dont on se sert pour étudier les problèmes de retard de développement, de troubles de la mémoire et de déficience psychologique. C'est une source importante. On s'en sert beaucoup dans le milieu. C'est la source de données la plus considérable et la plus pointue concernant les personnes ayant un handicap au Canada. Il y en a d'autres, mais celle-là est la plus importante.

Nous avons également effectué le sondage d'opinion publique que j'ai mentionné au début, et c'était le premier sondage de ce genre jamais fait au Canada. Je crois savoir qu'on fait ce genre de choses plus régulièrement aux États-Unis. Au Canada, c'était le premier du genre. Mon bureau a fait cela l'an dernier.

Ce rapport révèle, je le rappelle, que les personnes qui ont un problème de santé mentale sont davantage confrontées à l'exclusion et perçues comme étant plus inaptes que les autres personnes handicapées et qu'elles provoquent également un plus grand sentiment de malaise. J'attire votre attention sur certaines conclusions intéressantes que contient ce rapport.

Nous sommes en train de procéder à de nouvelles analyses prospectives et de planifier des projets de conscientisation. Nous recevons des fonds dans le cadre de la campagne de publicité du gouvernement du Canada pour sensibiliser davantage les gens. En collaboration avec Statistique Canada, nous travaillons sur le prochain sondage sur la participation et les limitations d'activités. Ce sondage contiendra des questions sur les personnes ayant une déficience mentale.

Je n'ai pas besoin d'en dire beaucoup plus. Mon service à moi, le Bureau de la condition des personnes handicapées, est le point de ralliement de Développement social Canada où nous gérons un certain nombre de programmes de subventions et de contribution, à savoir le Fonds d'intégration pour les personnes handicapées, le Programme de partenariats pour le développement social — volet pour les personnes handicapées, et les Ententes sur le marché du travail visant les personnes handicapées. Nous travaillons également en très étroite collaboration avec les provinces et les territoires. Nous sommes en train de mettre au point de nouvelles politiques d'avenir traitant du revenu et du soutien aux personnes handicapées. Elles seront soumises au ministre du Développement social en juin. Nous produisons et diffusons un grand nombre d'information et de produits dont nous pourrions parler davantage. Nous assurons la communication horizontale au sein de l'appareil gouvernemental. La conscientisation et l'adhésion du public en matière de handicap et de déficience mentale sont extrêmement importantes. Nous devons aller au-delà des programmes de financement gouvernementaux. Ceux-ci sont importants, mais nous devons assurer également le marketing social, l'éducation et la sensibilisation.

Ce sont là quelques éléments où nous tâchons d'avancer en ce moment. Je vais m'arrêter ici et répondre à vos questions.

The Chairman: I will ask a couple of factual questions. Your *Disability in Canada: A 2001 Profile* and *Canadian Attitudes Towards Disability Issues*: you said you are doing another wave of those studies in 2006?

Ms. Muir: Yes. We have statistics gathered through the Participation and Activity Limitation Survey, PALS. We are working with Statistics Canada right now. The next survey will be done in 2006.

The Chairman: What about the attitudes study?

Ms. Muir: We are doing some qualitative research right now. We did a number of focus groups in March with the public and employers to go further in-depth about attitudes towards persons with disabilities, and we will use that to help design a public awareness initiative over the next year.

The Chairman: I recognize we might not be able to quote it publicly, but I would be interested in the focus group reports because it would give us background that would be a useful thing, if that is possible.

Ms. Muir: I believe I can share that with you. We have summaries from the focus groups. I am happy to do that.

The Chairman: Could I ask you a second question about the Canada Pension Plan Disability, CPPD. In other hearings we have done, there has been very strong criticism of that program based on the difficulty of getting into it and the eligibility criteria. Because it is CPP, it applies only to someone presumably who was in the labour force at some point to begin with.

Are you aware of that kind of criticism? Is anybody looking at changing the program? Where does that stand?

Ms. Muir: I am aware of the criticism, and so is my colleague who is the director general of that area. Our minister was in front of the subcommittee of the House of Commons Standing Committee on Human Resources, Skills Development, Social Development and the Status of Persons with Disabilities last night. The subcommittee focuses on persons with disabilities, and he was on the Canada Pension Plan Disability component. It was a tough visit.

We are aware of the criticisms. It is a very stringent program, and the criteria for eligibility are tough. Changes would require legislative change. Those are significant.

The Chairman: That is not a reason for not doing it.

Ms. Muir: No. That is just the fact that I am putting before you.

Le président : Je vais vous poser quelques questions concrètes. Au sujet de *L'incapacité au Canada : un profil en 2001* et de *Attitudes des Canadiens à l'égard de la condition des personnes handicapées*, vous dites qu'il y aura une autre vague d'études semblables en 2006.

Mme Muir : Oui. Nous avons réuni des statistiques dans le cadre du Sondage sur la participation et les limitations d'activités, l'EPLA. Nous collaborons en ce moment avec Statistique Canada sur ce point. Le prochain sondage se déroulera en 2006.

Le président : Qu'en est-il de l'étude sur les attitudes?

Mme Muir : Nous procédons en ce moment à des recherches qualitatives. Nous avons réuni un certain nombre de groupes témoins en mars qui réunissaient de simples citoyens et des employeurs, et nous avons ainsi exploré plus avant les attitudes des gens à l'égard des personnes handicapées et nous nous servons de ces données pour mettre au point une initiative de sensibilisation publique au cours de la prochaine année.

Le président : Je comprends que nous ne pourrions pas les citer publiquement, mais j'aimerais prendre connaissance des rapports des groupes témoins parce que cela nous procurerait des renseignements utiles, si une telle chose est possible.

Mme Muir : Je crois que je peux vous les communiquer. Nous avons des résumés de nos entretiens avec les groupes témoins. Je serai heureuse de vous procurer ces informations.

Le président : Puis-je vous poser une deuxième question à propos du Programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada, le PPIRPC. Au cours d'autres audiences que nous avons tenues, on a critiqué très vivement ce programme du fait qu'il est difficile d'en bénéficier et du fait des critères d'admissibilité. Étant donné qu'il s'agit du RPC, on peut présumer que seuls peuvent en profiter ceux qui étaient au départ sur le marché du travail.

Êtes-vous au courant de ce genre de reproches? Est-ce qu'il y a quelqu'un qui envisage de modifier ce programme? Où en est-on?

Mme Muir : Je suis au courant de ces reproches, et c'est également le cas de mon collègue qui est le directeur général de ce secteur. Notre ministre a témoigné hier soir devant le Sous-comité de la condition des personnes handicapées du Comité permanent de la Chambre des communes sur le développement des ressources humaines, du développement des compétences et du développement social. Le sous-comité s'intéresse aux personnes handicapées, et il a été question du volet invalidé du Régime de pensions du Canada. Ce fut une dure soirée.

Nous sommes au courant des critiques. C'est un programme très strict dont les critères d'admissibilité sont bien précis. Les changer nécessiterait des modifications législatives importantes.

Le président : Cela ne devrait pas nous empêcher de le faire s'il le faut.

Mme Muir : Non, je voulais simplement vous exposer les faits.

There has been some truly great work. It is not the same as changing the CPPD, but there has been some great work done recently that has brought in a new feature called automatic reinstatement. This is a feature allowing people with recurring conditions, illnesses or disabilities — and a number of those are persons with mental disabilities — to try and go back to work. It does not always work out. Traditionally, getting back on CPPD has been a very daunting process to go through. With this new feature that came into force in January of this year — there was an Order in Council that went through — it is now possible for people to get back very easily onto the CPPD benefit without going through the process.

I acknowledge it is not a whole solution, but this is a huge step forward. This feature allows a person for up to five years not to have to go back through a reapplication and all the process that one would normally need to go through. This was seen as a huge step forward. The projections were that at least 300 persons a year would be able to benefit. Those are individual people.

Since the end of January, I do know there have been five individuals who have been able to take advantage of it, and the government is doing work to market this and make it better known.

Given the stat that I mentioned before that persons with mental disabilities are the most likely to try and go back to work, this is an important feature that has relevance for them. This is an important new feature, but no, it is not a complete overhaul. We are aware of criticisms. I will take that back, as we need to review what was learned from last night as well.

The Chairman: We made this observation in one of our earlier reports, and you said a couple of minutes ago, that the entrance requirements are very stringent. I say this as a public servant. Typically when people in government describe something as very stringent, it is unbelievably stringent because we always have a tendency to paint a good picture. It seems to me that when you look at a group of people as disadvantaged as what we are focusing on, the mentally disabled and the disabled in general, to design a program that is excessively stringent seems to be defeating the underlying purpose of the program in the first place. That is a viewpoint that all of us share; it is not just mine.

Ms. Muir: My colleague, Susan Williams, the Director General of the Canada Pension Plan Disability component, would be an excellent resource person. I respectfully propose that the committee spend a good session with her. I would be happy to come back with her for broader questions as well.

Senator Keon: Let me congratulate you on a tremendous amount of work that has been accomplished, and on your successes.

On a fait de l'excellent travail. Ce n'est pas comme changer le programme de prestations d'invalidité du RPC, mais de l'excellent travail a été fait récemment grâce auquel nous avons pu inclure un nouvel élément, la remise en vigueur automatique. Cette mesure permet aux personnes souffrant d'une invalidité ou d'une maladie récurrente — dont bon nombre de personnes ayant des troubles mentaux — de tenter de retourner au travail. On sait que cela ne fonctionne pas toujours. Dans le passé, il était particulièrement difficile pour ces personnes de redevenir prestataires. Depuis l'adoption de cette nouvelle mesure en janvier de cette année — depuis l'adoption du décret — il est maintenant possible pour ces personnes de recevoir à nouveau des prestations d'invalidité du RPC sans avoir à reprendre le processus de demande depuis le début.

Je reconnais que ce n'est pas la solution miracle, mais c'est déjà un grand progrès. Une période de cinq ans est maintenant prévue pendant laquelle on n'est pas tenu de présenter une nouvelle demande et de reprendre tout le processus. Cette mesure est considérée comme un grand pas en avant. D'après nos projections, au moins 300 personnes pourraient profiter de cette mesure chaque année.

Depuis le début de janvier, je sais qu'au moins cinq personnes se sont prévaluées de cette nouvelle règle. Le gouvernement tente depuis de faire connaître cette nouvelle mesure.

Étant donné que, comme je viens de l'indiquer, ce sont les personnes ayant un handicap mental qui sont les plus susceptibles de tenter de retourner au travail, cette mesure est particulièrement pertinente pour elles. C'est donc un nouvel élément important, mais pas une refonte complète, loin s'en faut. Nous sommes conscients des critiques qui ont été formulées. J'en prends bonne note, car nous devons aussi voir ce que nous avons appris de l'expérience d'hier soir aussi.

Le président : Nous avons fait remarquer dans l'un de nos rapports précédents, et vous venez vous-même de le confirmer, que les exigences d'admissibilité sont très strictes. À titre de fonctionnaire, je sais que quand des représentants du gouvernement décrivent des exigences comme étant très strictes, c'est qu'elles sont incroyablement strictes, les fonctionnaires ayant toujours tendance à insister sur le côté positif. Il semble que s'agissant d'un groupe de gens aussi désavantagés que ceux dont nous traitons, les handicapés mentaux et les personnes handicapées en général, concevoir un programme aux exigences extrêmement strictes, c'est aller à l'encontre de l'objet du programme au départ. Je crois pouvoir dire que nous sommes tous de cet avis, que je ne suis pas le seul à croire cela.

Mme Muir : Ma collègue, Susan Williams, la directrice générale des prestations d'invalidité du RPC, serait pour vous une excellente personne-ressource. Je vous propose respectueusement de passer au moins une séance avec elle. Je serai ravie de l'accompagner pour répondre aux questions, si vous le souhaitez.

Le sénateur Keon : Permettez-moi de vous féliciter de tout le travail que vous accomplissez et de votre succès.

Drilling down to mental health in your large envelope of disabilities, we are recommending so far that there be a major focus on recovery in mental health. For people with disabilities to be eligible for your programs, you have to be able to somehow define recovery, when they have recovered to a point where they can get back into the workforce, or be placed partially back in the workforce.

One of the things I was not clear about is your evaluation process for doing this. I suspect it is a number of processes that you use for different programs. I would appreciate you expanding on the evaluation process, particularly as it relates to the evolution of recovery in the mentally disabled patient. How will you evaluate when a mentally disabled patient has recovered to a point that they can make either partial or total re-entry into the workforce?

Ms. Muir: Are you referring particularly to Canada Pension Plan Disability benefit or more generally?

Senator Keon: I am referring to the whole cross-section of programs you described, but specifically to the mental health portion of those programs and not the whole disability envelope.

Ms. Muir: I do not think we have done enough work in that area. We have not looked at that level of detail partly because our programs are so broad in their scope when it comes to disability. Mr. Grujic might be able to address some of that.

Mr. Georges Grujic, Director, Programs, Office for Disability Issues, Social Development Canada: Our programs are more focussed on the short-term intervention. For example, with the opportunities fund, the person tends to have gone through the recovery process and is ready to go into the employment market. We provide the short-term support: if they need some training or help to get wage subsidies or employers involved. Because of the limited amount of money, we tend to focus on that aspect of it. That is the only federal program we have to help integrate individuals on the employment side of it. The recovery is more for the provincial or health side, and then we take it from there to get them back into work, et cetera.

The person declares himself as being disabled but we do not track whether it is mental, hearing or other. In the opportunities fund, there are two or three organizations that have a mental health mandate to focus on that kind of clientele, if you wanted those numbers. They will support whoever needs that kind of support. The effort is to integrate them into the market and the labour workforce. We do not do the front end or the longer-term journey, as I call it, in terms of recovery.

Senator Keon: My concern about these programs, particularly related to mental illness but physical illness as well, is that we are not doing the individual any favour if they get involved in a program that sustains them. Because of their own loss of self-confidence and so forth, they can simply drift into oblivion

En ce qui concerne plus précisément la santé mentale dont vous vous occupez notamment, nous recommandons que l'on insiste avant tout sur le rétablissement. Pour être admissibles à vos programmes, les personnes handicapées doivent pouvoir se conformer à votre définition du rétablissement, doivent s'être rétablies au point où elles peuvent réintégrer le marché du travail, ne serait-ce qu'à temps partiel.

Je n'ai pas bien compris comment vous évaluez cela. Je présume que vous utilisez différentes procédures pour les différents programmes. J'aimerais que vous nous en disiez plus long sur cette procédure d'évaluation, surtout sur la façon dont vous évaluez le niveau de rétablissement d'un handicapé mental. Comment déterminez-vous qu'un patient souffrant d'un trouble mental s'est rétabli au point de pouvoir retourner sur le marché du travail à temps plein ou partiel?

Mme Muir : Parlez-vous en particulier des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada, ou bien de façon plus générale?

Le sénateur Keon : Je parle de tout l'éventail des programmes que vous avez décrits, mais plus précisément de la partie de ces programmes qui vise la santé mentale et non pas de toute l'enveloppe de l'invalidité.

Mme Muir : Je ne pense pas que nous ayons fait suffisamment de travail dans ce domaine. Nous n'avons pas examiné cela de façon détaillée, en partie parce que nos programmes sont tellement vastes quand il s'agit de l'invalidité. M. Grujic pourrait peut-être vous répondre.

M. Georges Grujic, directeur, Programmes, Bureau de la condition des personnes handicapées, Développement social Canada : Nos programmes ciblent davantage l'intervention à court terme. Par exemple, dans le cas du fonds d'intégration pour les personnes handicapées, la personne est généralement passée par le processus de rétablissement et est prête à entrer sur le marché du travail. Nous fournissons un soutien à court terme : si la personne a besoin de suivre une formation ou d'aide pour obtenir une subvention salariale. Comme les fonds sont limités, nous nous concentrons sur cet aspect. C'est le seul programme fédéral que nous ayons pour aider à intégrer les gens sur le marché de l'emploi. Le rétablissement concerne davantage les autorités provinciales ou de la santé, et nous prenons le relais pour aider la personne à réintégrer le marché du travail.

La personne se déclare invalide, mais nous ne faisons pas de suivi pour savoir si l'invalidité touche la santé mentale, la surdité ou quoi que ce soit. Dans le fonds d'intégration, il y a deux ou trois organisations qui ont un mandat dans le domaine de la santé mentale et qui ciblent cette clientèle, et qui pourraient vous donner des chiffres. Ces organismes aident quiconque a besoin de ce type de soutien. L'effort consiste à les intégrer à la population active et au marché du travail. Nous ne nous occupons pas du voyage au long cours, pour ainsi dire, en termes de rétablissement.

Le sénateur Keon : Ce qui me préoccupe dans ces programmes, surtout dans le cas des maladies mentales mais aussi pour les maladies physiques, c'est que nous ne rendons pas service à la personne si elle entre dans un programme qui va la soutenir. Comme cette personne a déjà perdu toute estime de soi, et cetera,

in such a program. A key element must be an ongoing evaluation system, even if it simply brings them back into the workforce for a short period of time. They may have a relapse and require support again for a period of time but at least it provides some light for them along the tunnel of recovery. Could you tell us what you have now, or anticipate having, in that dimension?

Ms. Muir: I take to heart what you are saying. As Mr. Grujic mentioned, our programs have a more short-term focus right now. That being said, our instruments are not necessarily the full range of instruments that are needed. Our minister has made some public commitments to a long-term action plan. We have put together a strategy that we need to discuss with the minister. We need to revitalize our policy basis and, therefore, the instruments — the programs that we have — beginning now and over the next ten years. We need to include a much greater consideration of your focus today, to look at the shortcomings of the existing instruments and to determine how we can do much better. For instance, the concept of prevention is not necessarily in the older policy thinking. We need to incorporate that into our new way forward.

I cannot give you the kind of satisfactory answer I would like to give you right now because the reality is that we do not have that recovery element. However, we can build this into our thinking because we will revamp our entire policy basis and be quite ambitious about it. The timing is good for us to be getting advice from this committee.

Senator Cook: If I read this correctly, the Labour Market Agreement for Persons with Disabilities carries a price tag of \$223million. How is that prorated? If I look at page 5 of your presentation, I see that the education supports and the employment program becomes the purview of the provincial and territorial governments. You provide oversight, and the detail is left to the provinces. That is where we might find the answer that Dr. Keon is seeking.

Ms. Muir: That would get you closer. In response to proration, I would ask Mr. Grujic who was involved in negotiating these labour market agreements with each of the provinces. He will give you a better sense of the process.

Mr. Grujic: The formula is on a per capita basis.

Senator Cook: I do not like that word because I am from Newfoundland.

Mr. Grujic: You are correct. Some provinces are more advantaged or disadvantaged. Also, there was a baseline. Each province had a baseline, which was about \$600,000 in terms of those amounts, plus the per capita funding. There was some historical precedent as well such that the Maritimes might have some specific program still being integrated. That is how it was laid out.

elle peut simplement s'en aller à la dérive dans un tel programme. Un élément clé doit être un système d'évaluation continue, même s'il s'agit simplement de ramener les gens sur le marché du travail pendant une brève période. La personne peut faire une rechute et avoir de nouveau besoin d'aide pendant un temps, mais au moins, cela lui permet de voir la lumière au bout du tunnel du rétablissement. Pouvez-vous nous dire ce que vous avez actuellement ou ce que vous prévoyez avoir relativement à cette dimension?

Mme Muir : Je prends à cœur ce que vous dites. Comme M. Grujic l'a dit, nos programmes ont actuellement une dimension à plus court terme. Cela dit, nous n'avons pas nécessairement tout l'éventail d'instruments dont on aurait besoin. Notre ministre a pris certains engagements publics envers un plan d'action à long terme. Nous avons élaboré une stratégie dont nous devons discuter avec le ministre. Nous devons revitaliser notre politique et, par conséquent, les instruments que nous avons, en commençant tout de suite et au cours des 10 prochaines années. Nous devons englober de façon beaucoup plus vaste ce que vous nous avez dit aujourd'hui, examiner les lacunes des instruments existants et déterminer ce que nous pouvons faire mieux. Par exemple, le concept de la prévention ne fait pas nécessairement partie de l'ancienne mentalité et des vieilles politiques. Nous devons intégrer cela à notre nouvelle façon d'agir.

Je ne peux pas vous donner la réponse satisfaisante que j'aimerais pouvoir vous donner dès aujourd'hui, parce que la réalité est que nous n'avons pas cet élément de rétablissement. Cependant, nous pouvons l'intégrer à notre réflexion parce que nous allons reconfigurer toute notre politique et nous avons un programme très ambitieux. Le moment est bien choisi pour recevoir des conseils de votre comité.

Le sénateur Cook : Si j'ai bien lu ce document, ces ententes sur le marché du travail visant les personnes handicapées ont un coût de 223 millions de dollars. Quelle est la ventilation de ce chiffre? Si je consulte la page 5 de votre document, je constate que les aides à l'éducation et le programme d'emploi relèvent des gouvernements provinciaux et territoriaux. Vous assurez la supervision, mais on s'en remet aux provinces pour les détails. C'est peut-être là que nous trouverions la réponse à la question que pose le Dr Keon.

Mme Muir : Vous seriez plus proche. En réponse à votre question sur la ventilation, je demanderais à M. Grujic, qui a participé à la négociation sur ces ententes relatives au marché du travail avec chacune des provinces, de vous répondre. Il pourra mieux vous expliquer le processus.

M. Grujic : La formule est par habitant.

Le sénateur Cook : Je n'aime pas entendre cela parce que je suis de Terre-Neuve.

M. Grujic : Vous avez raison. Certaines provinces sont plus ou moins avantagées ou désavantagées. De plus, il y a un montant de base. Chaque province a un montant de base, qui était d'environ 600 000 \$, plus le financement par habitant. Il y avait par ailleurs des précédents historiques de sorte que les provinces maritimes pouvaient avoir certains programmes précis encore en cours d'intégration. C'est ainsi que l'affaire a été calculée.

The formula was agreed on by the provinces and the federal government. It was a negotiated approach in terms of the proration and the funding for that element. There is a six-year history to that element.

Senator Cordy: You have given us a huge volume of information to read. I will talk about page 5 and the mental illness aspect of disability. It is wonderful that all these groups and levels of government are working on disabilities and sharing the responsibility of disabilities. However, then I look at somebody who is looking for help, and some of them will struggle to ask: Where do I start? They could phone my office and I would ask: Where do I start to help them? It is so complex. How do you work someone through the maze? If the disability is a mental illness, how could someone possibly find their way through the maze to get help? Time after time they might be told: not my department. That could be more than frustrating than the illness. What do I tell someone who needs help where to begin?

Ms. Muir: I am glad you asked that because it is one of the things I feel most strongly about. How do we get information to the people who need it most in the most user-accessible and user-friendly way possible? It is a big problem. Yes, many people seek help from their representatives. That is the number one place many people start the search.

There are a number of community groups where people can start. Starting in our own community is always the best. I will talk federally about what is in place.

First, in terms of federal government there is the 1-800-Canada number for questions about disability; which programs and services are available and where. They are very good at directing people to the right place. We have given training to the front-line service staff in the federal government. My office has trained them in how to refer, the programs and services available, and how to get people there quickly and easily. Anything more complicated than that gets referred directly to my office. We provide direct back up about anything more detailed than, here are the existing programs and services. We take a number of questions ourselves in terms of, how do I find out more information.

You are all familiar with the new Service Canada initiative. The vision is, 12 departments will offer frontline services, eventually. Right now, it is really Social Development Canada and the Human Resources and Skills Development Canada frontline services, which are primarily in the area of income, education and labour markets. A lot of the services in the area of disabilities, including mental health disabilities, come there. We are working very closely with the Service Canada people to ensure there is an integrated approach. We are the first ones that have done this because we know that many of our clients, including

Les provinces et le gouvernement fédéral se sont entendus sur cette formule. La répartition et le financement de cet élément ont été fixés par voie de négociation. L'historique de cet élément remonte à six ans.

Le sénateur Cordy : Vous nous avez donné énormément de documents à lire. Je me reporte à la page 5 et à la maladie mentale. C'est magnifique de constater que tous ces groupes et tous ces niveaux de gouvernement travaillent et partagent la responsabilité dans le dossier de l'invalidité. Cependant, quand je vois les gens qui ont besoin d'aide, certains d'entre eux ne savent pas vers qui se tourner. Ils téléphonent à mon bureau et je me pose moi-même la question : vers qui dois-je me tourner pour les aider? C'est tellement complexe. Comment faites-vous pour vous retrouver dans ce labyrinthe? Si l'invalidité est causée par une maladie mentale, comment quelqu'un peut-il se retrouver dans ce fouillis pour obtenir de l'aide? Ils peuvent se faire dire à maintes reprises : ce n'est pas mon rayon. Cela peut devenir encore plus frustrant que la maladie elle-même. Que dois-je dire à quelqu'un qui a besoin d'aide et qui se demande par quel bout commencer?

Mme Muir : Je suis contente que vous ayez posé cette question parce que c'est l'un des éléments qui me tient le plus à cœur. Comment faire pour renseigner les gens qui en ont le plus grand besoin de la manière la plus conviviale et accessible possible? C'est un grand problème. Oui, beaucoup de gens demandent de l'aide à leurs élus. Pour bien des gens, c'est la première démarche qu'ils font.

Il y a un certain nombre de groupes communautaires auxquels les gens peuvent s'adresser. C'est toujours mieux de commencer dans sa propre collectivité. Je vais vous décrire ce qui est en place au niveau fédéral.

Premièrement, pour le gouvernement fédéral, il y a le numéro de téléphone 1-800-Canada pour toute question sur l'invalidité; pour savoir quels programmes et services sont disponibles et à quels endroits. Ces gens-là sont très bons pour aiguiller les gens au bon endroit. Nous avons donné de la formation au personnel de première ligne au gouvernement fédéral. Mon propre bureau leur a donné de la formation sur la manière de diriger les gens, sur les programmes et services disponibles, pour que les gens y aient accès rapidement et facilement. Toute demande plus compliquée que cela est renvoyée directement à mon bureau. Nous fournissons directement un service de soutien sur tout dossier plus détaillé, dès qu'il s'agit d'aller plus loin que de décrire les services et programmes existants. Nous répondons nous-mêmes à un certain nombre de questions de gens qui veulent savoir comment trouver de plus amples informations.

Vous connaissez tous la nouvelle initiative Service Canada. L'intention est de faire en sorte qu'à terme, 12 ministères vont offrir des services de première ligne. À l'heure actuelle, cela se limite en fait à Développement social Canada et à Ressources humaines et Perfectionnement des compétences Canada, dont les services de première ligne se situent essentiellement dans les domaines du revenu, de l'éducation et du marché du travail. Beaucoup de services dans le secteur des incapacités, y compris la santé mentale, s'adressent à cette initiative. Nous travaillons en étroite collaboration avec les gens de Service Canada pour nous

persons with mental disabilities, do not have all the tools and efficient means for getting information as quickly and easily as other persons. We talked to them about how accessible is the information they provide, what is their manner like when they deal with persons with disabilities on the phone, the amount of patience that is required because sometimes it takes longer to get to the heart of what a person is looking for, and the need to explain to them what is available.

We have also put in place this principle of continuity of service so people do not have to repeat their story four or five times. We have been told this so much by our community, that it is frustrating for anyone to have to repeat their story when they are trying to get information from a service, but for persons with disabilities, it is much more of a burden. We are working with Service Canada to be an integrated service, to be very respectful and to ensure that people's information goes with them so they are not referred all over the place. We are doing that.

We put out some publications and I wish I had brought one. I should have put it your binder but I thought you might kill me if we put more stuff in your binder. We do put out something called *Frequently Asked Questions*, which is basically a guide to federal government services for persons with disabilities, including mental disabilities. We have gotten terrific feedback on that. We need to do more of that.

When our minister is doing some round-table discussions across Canada — and Senator Cook you were at the one in St. John's in February. We did one in Vancouver in the middle of March. There was a very young man who was a recipient of CPPD there. I am not sure what his disability was. It was not visible. He had this *Frequently Asked Questions* and he lifted it up and he said to our minister, "If you really want to know what you can do that will change things, here is something that is very down-to-earth." He said it is so important and it is not sexy, but he said you need to put out more things like that. He said, "I do not know how I would have found the services I needed, or my wife could have found them, if I did not have this." He said, please put out more things like this; so that is the importance of information about service and programs.

That is only at the federal level. This is where it is tricky. How do we then connect to the provinces and territories? There are websites that link federal stuff to the provincial stuff. We have done a tool kit for medical practitioners in terms of advice about services and programs. Very recently we have done this. That should be in the hands of medical practitioners to help them to refer people well at a key intervention point. There is a lot more to be done. Does that answer your question?

assurer qu'il y ait une approche intégrée. Nous sommes les premiers à avoir fait cela parce que nous savons que beaucoup de nos clients, notamment les personnes handicapées mentales, n'ont pas tous les outils et les moyens efficaces d'obtenir des renseignements aussi rapidement et facilement que d'autres personnes. Nous avons des entretiens avec les responsables pour nous assurer que le renseignement soit accessible, qu'ils aient une bonne attitude quand ils sont au téléphone avec des personnes handicapées, qu'ils aient la patience voulue parce que parfois cela peut prendre plus de temps pour comprendre vraiment ce qu'une personne recherche et pour lui expliquer ce qui est disponible.

Nous avons aussi instauré le principe de la continuité du service afin que les gens n'aient pas à répéter quatre ou cinq fois les éléments de leur dossier. La communauté nous l'a si souvent demandé, et c'est si frustrant d'avoir à répéter son histoire quand on essaye d'obtenir de l'information sur un service. Pour les personnes handicapées, c'est un fardeau encore plus lourd. Nous collaborons avec Service Canada pour devenir un service intégré, pour être très respectueux et pour faire en sorte que les renseignements relatifs aux gens les suivent, de manière qu'ils ne soient pas constamment renvoyés d'un endroit à l'autre. Nous y travaillons.

Nous avons préparé des publications et j'aurais bien voulu vous en présenter aujourd'hui. J'aurais dû en mettre dans votre classeur, mais je me suis dit que vous nous en voudriez beaucoup de l'alourdir encore davantage. Nous avons un document sur les questions qu'on nous pose fréquemment, une sorte de répertoire des services du gouvernement fédéral pour les personnes handicapées, y compris les personnes ayant un handicap mental. Les réactions à son sujet ont été très positives. Il faut faire davantage de choses de ce genre.

Notre ministre participe à des tables rondes partout au Canada. Sénateur Cook, vous étiez en février à celle de St. John's. Nous en avons tenu une à Vancouver, à la mi-mars. Il y avait là un très jeune homme récipiendaire du PPIRPC. Je ne sais pas vraiment quel handicap il avait, ce n'était pas visible. Il avait en main le document sur les questions fréquemment posées, il l'a présenté et a dit au ministre : « Si vous voulez vraiment savoir quoi faire pour changer des choses, en voici un exemple très pratique. » Il a dit que c'était tellement important, même si ce n'était pas très accrocheur, qu'il fallait prendre davantage des mesures semblables. Il a dit : « Je ne sais pas comment j'aurais trouvé les services dont j'avais besoin, ou comment ma femme y serait arrivée, sans ce document ». Il a demandé qu'on ait davantage de publications de ce genre et cela témoigne de l'importance des renseignements sur nos services et programmes.

Et nous ne parlons que du palier fédéral. Voilà où les choses se compliquent. Comment faire ensuite le lien avec les provinces et les territoires? Il y a des sites Web qui établissent des liens entre les services fédéraux et les services provinciaux. Nous avons préparé une trousse d'outils pour les professionnels de la santé qui doivent donner des conseils en matière de services et de programmes. Nous l'avons préparée tout récemment. Les professionnels de la santé doivent en disposer pour renseigner les gens au moment où doivent être faites des interventions clés. Il faut davantage de mesures de ce genre. Cela répond-il à votre question?

Senator Cordy: How do people get this information, *Frequently Asked Questions*? Is it at a doctor's office or a drop-in centre. It must be accessible. To say it is on a website is not helpful for a high percentage of the people who need the help.

Ms. Muir: This stuff is on our website. We are well aware that the dissemination must be broader than that.

Senator Cordy: What about discussions, even within federal government departments; do we have silos? In addition to that, in dealing with provincial and territorial non-profit private sectors, how does everyone get together to ensure that there is no redundancy, or there are not huge gaps that are not being filled?

Ms. Muir: There are some formal committee structures in place. We meet on a quarterly basis with about 30 departments that come together. People update each other about what is going on. We also have several working groups. One is on services and programs, one is on knowledge and information development, and one is on accessibility. That has just been formed. We have smaller working groups where we get together. We meet on a regular basis.

I meet with a federal, provincial and territorial working group regularly, every couple of weeks, by teleconference, and we have face-to-face meetings as well. The group is working on material that we are getting ready for the ministers' meeting in June. There will be options that we are putting forward on income and support so that we are in agreement on what we feel should be the programs and services that are delivered in those areas. We do it formally.

Senator Cordy: My last question is about the labour market agreements with the provincial and territorial governments and the funds to improve employment situations for persons with disabilities. Is this funding targeted, and does it have to be cost-shared?

Mr. Grujic: The areas where it is targeted are education and training. It is also used for employment participation. It is used for employment opportunities, connecting employers with persons with disabilities, and building knowledge. It is for persons with disabilities; it is targeted at that, those programs which are funded through the provinces. Yes, it is cost-shared to 50 per cent of the programs that the provinces have. It gives the provinces a chance to leverage their programs another 50 per cent. Right now the agreement is only with the provinces.

Senator Cordy: Not with the territories?

Mr. Grujic: No. There is an issue in terms of the transfer payments between the Department of Finance and the territories, so we are still negotiating that.

Senator Keon: Senator Cordy has again highlighted a situation that is coming up over and over. No matter how good your program is, it is no good if people cannot access it. We are thinking that the missing link in this whole business, every way

Le sénateur Cordy : Comment les gens peuvent-ils mettre la main sur ce document? Le trouve-t-on dans les bureaux des médecins ou dans les centres de jour? Il doit être facile d'accès. Pour un fort pourcentage de ceux qui en ont besoin, ce n'est pas suffisant de dire qu'il y a un site Web.

Mme Muir : On le trouve sur notre site Web. Nous savons toutefois que la diffusion doit se faire à bien plus grande échelle.

Le sénateur Cordy : Qu'en est-il des discussions, même au sein de l'appareil fédéral; y a-t-il des cloisonnements? En outre, lorsqu'on traite avec les secteurs privés sans but lucratif des provinces et des territoires, comment rassembler tout le monde pour éviter les redondances, de même que les graves lacunes?

Mme Muir : Des comités officiels ont été créés. Il y a des rencontres trimestrielles pour une trentaine de ministères. Chacun met les autres au courant de ce qui se fait chez lui. Nous avons aussi quelques groupes de travail. Il y en a un sur les services et les programmes, un sur le développement des connaissances et de l'information et un sur l'accessibilité. Ce dernier vient d'être créé. Nous avons aussi de plus petits groupes de travail qui se réunissent de manière régulière.

J'ai régulièrement des rencontres dans le cadre d'un groupe de travail fédéral-provincial-territorial, soit toutes les deux semaines. Nous avons des appels conférences mais aussi des rencontres en personne. Ce groupe travaille à la préparation de documents pour la rencontre des ministres de juin prochain. Nous présenterons des options sur le revenu, sur le soutien et nous devons nous entendre sur les programmes et services à offrir dans ces domaines. Cela se fait de manière officielle.

Le sénateur Cordy : Ma dernière question porte sur les ententes relatives au marché du travail conclues avec les gouvernements des provinces et des territoires et notamment sur les fonds destinés à améliorer l'emploi des personnes handicapées. Ces fonds sont-ils ciblés et les coûts de telles mesures doivent-ils nécessairement être partagés?

M. Grujic : Les fonds sont ciblés dans les domaines de l'éducation et de la formation. Ils servent également à favoriser la participation à l'emploi. Ils servent à trouver des débouchés pour les personnes handicapées, à les mettre en rapport avec des employeurs et à favoriser l'acquisition de connaissances. Les fonds des programmes qui sont financés par l'entremise des provinces sont destinés aux personnes handicapées. Effectivement, les frais des programmes mis sur pied dans les provinces sont partagés moitié-moitié. Ainsi, les provinces peuvent obtenir 50 p. 100 de plus de fonds pour leurs programmes. À l'heure actuelle, l'entente ne vise que les provinces.

Le sénateur Cordy : Il n'y en a pas avec les territoires?

M. Grujic : Non. Le ministère des Finances ne s'entend pas avec les territoires au sujet des paiements de transfert; les négociations ne sont pas encore terminées.

Le sénateur Keon : Le sénateur Cordy a de nouveau mis en lumière un problème qui se pose de plus en plus souvent. Le meilleur programme du monde ne vaut rien si personne ne peut y avoir accès. À notre avis, ce qui manque en dernière analyse, c'est

you look at it, is the link between community health centres or the primary care centres and community services. Until we get those links, I do not see how many of these programs will function at all.

What is your comment on that?

Ms. Muir: Yes, I think you put your finger right on it. That link needs to be there. It is not strong enough now. We need to do a more comprehensive job of disseminating information. What you have said makes a lot of sense to me. What we also are doing right now is, we are sending all members of Parliament a kit with information in it, recognizing that many people go there looking for help and assistance in directing them to services. We need to do a lot better job of disseminating our information and being more strategic in how we do it.

What you are telling me makes perfect sense. We can do this; we can do it better.

Mr. Grujic: The other thing we do is part of our organizational funding. We provide funding to 18 national organizations, and they are partners with us. They are in the community and they get the information out also in terms of those elements. Three national disability organizations have a mental mandate and they have an opportunity to get that information. Also, in terms of the products they have produced, we have helped them to disseminate them in schools and in centres as you mentioned, those areas. They are a partner with us and we tend to work with them also in those elements.

Also, the Opportunities Fund for Persons with Disabilities has pamphlets, and those pamphlets are shared throughout the community in all these areas where there is a need in terms of those aspects, even at the provincial level. That is the one way we try to get out there. As Ms. Muir has mentioned, we have to be better at doing that and getting it out there. However, that is how we have been trying to work as a partner approach. It is not just the federal government, but includes the community on that side.

Senator Cook: I want to congratulate you on your mission statement. It is all inclusive and it is way over there. Over here I have a person that is double-challenged, mentally and physically. What I am seeing and hearing here is, it is all over the place. I am trying to get into perspective how, with a seamless simple delivery, do all these wonderful federal initiatives get to the consumer, with the least piece of clutter? How do they know about all of this? I have heard some of your responses. They are good, but we must do more.

There is a long term here. Would it be possible for us to access the formulas that the provinces use those agreements for, this big piece of money? The labour market agreement is \$223 million and there are probably other pockets here.

As a volunteer with this client population for 25 years, I certainly did not know any of those good things existed. I figured that the gateway for me was through my provincial government agency. We really need to look at this. Your mission statement is

un lien entre les centres de santé communautaire ou les centres de soins primaires et les services communautaires. Tant que ces liens n'existeront pas, je ne vois pas comment beaucoup de ces programmes pourraient fonctionner.

Qu'en pensez-vous?

Mme Muir : Je crois que vous avez effectivement mis le doigt sur le problème. Il faut que ces liens existent, ils ne sont pas assez forts en ce moment. Nous devons diffuser l'information de façon plus complète. Ce que vous dites me semble tout à fait logique. Par ailleurs, nous avons commencé à envoyer à tous les députés une trousse d'information, sachant que bien des gens s'adressent à leurs députés pour leur demander de les aiguiller vers les services dont ils ont besoin. Nous devons communiquer l'information de façon plus stratégique.

Ce que vous dites me semble parfaitement logique. Nous pouvons le faire et nous pouvons nous améliorer.

M. Grujic : Nous agissons également en finançant les organismes. Nous finançons 18 organisations nationales qui sont nos partenaires. Elles sont présentes dans la collectivité et diffusent l'information sur ces éléments. Le mandat de trois organisations nationales qui aident les personnes handicapées comporte un volet santé mentale; ces organisations peuvent donc obtenir cette information. Par ailleurs, nous les avons aidées à diffuser dans les écoles et les centres des documents, comme vous l'avez signalé. Ce sont nos partenaires et nous travaillons avec elles en ce qui concerne ces éléments.

Par ailleurs, le Fonds d'intégration des personnes handicapées fait l'objet de dépliants qui sont distribués dans la collectivité dans les domaines pertinents, même au niveau provincial. C'est un des moyens que nous prenons pour rejoindre les gens. Comme Mme Muir l'a mentionné, nous devons améliorer notre diffusion de l'information. Cependant, jusqu'à maintenant, nous avons tâché de travailler en partenariat. Le gouvernement fédéral ne fait pas cavalier seul; il travaille avec les communautés dans ce domaine.

Le sénateur Cook : Je vous félicite de votre énoncé de mission. Il est très complet et fort ambitieux. Il y a ici une personne doublement éprouvée, puisqu'elle est handicapée sur le plan mental et physique. D'après ce que je vois et ce que j'entends ici, c'est un cas très fréquent. J'essaie de comprendre comment tous ces merveilleux programmes fédéraux pourraient être mis à la disposition du consommateur de la façon la plus simple possible. Comment les gens sont-ils informés de l'existence de ces programmes? J'ai entendu certaines de vos réponses et, bien qu'elles soient bonnes, nous devons faire plus.

C'est un horizon assez long. Pourrions-nous avoir accès aux formules dont les provinces se servent pour ces ententes qui représentent des sommes énormes? L'entente relative au marché du travail représente 223 millions de dollars et il y a probablement d'autres sommes d'argent en jeu.

J'ai fait du bénévolat pendant 25 ans auprès de cette clientèle et je peux vous dire que j'ignorais l'existence de toutes ces excellentes mesures. Je pensais que je devais m'adresser à l'organisme gouvernemental de ma province. Nous devons absolument nous

wonderful. I see things such as non-profit and all the rest of the things, but I am looking at a person with two challenges; not one but two.

Where do we go? Do you think the specific nature of mental illness is adequately recognized or understood by the federal programs or the federal agencies that are setting them up?

Ms. Muir: To respond to your last point — what is the best way of putting this — persons with disabilities, including mental disabilities have been considered very important for a long time. It has not perhaps achieved the same level of priority as some other social policy areas, for reasons that are historical.

The time is here now for these issues, such as mental disabilities and other disabilities, to assume greater significance. It is very real to all of us now — growing to be more real — than it ever was before. This is due in part to early learning and child care that is a big, important priority. People really identify with that; they see it. Everybody relates to it, and owns it. Even if you do not have children yourself, you know somebody with kids and you understand it.

Disabilities have taken longer, due to people thinking it is always someone else. That is changing a lot. We all know people now with some form of disability. The disabilities are not just physical or visible ones. They are much broader than that. We all have a family member or friend. We have an aging demographic, so disability is increasing.

We all own disability or we are starting to own it in a different way. The sense of social ownership is growing. We will see this become something that is much more in the national consciousness. People care about it much more. We are just getting there now. What we are dealing with presently are tools, instruments and programs that maybe are a reflection of a time when it was not as important to society as it is today. I hope that does not sound too flowery, but I truly believe that the social ownership is here now in a way that it was not, and that we are seeing the shortcomings of the tools we have. This is the reason that this committee and the work you are doing are so important. The time is now to think about how we need to improve in this area and the programs or funding levels really needed to make a difference.

To return to some items you said, Senator Cook, I should be careful to stress that the federal government works primarily through national organizations and the not-for-profit sector, and supports the provinces and territories in delivering the bulk of the services and programs to individuals. The individual really fits in more at the provincial, territorial and community level, of course, with the not-for-profit sector. What I do in particular for an individual person is very limited because of that, because it is

pencher sur cette question. Votre énoncé de mission est magnifique. Je vois des choses comme sans but lucratif et le reste, mais je me préoccupe de la personne qui a non pas un mais deux handicaps.

À qui doit-on s'adresser? La nature particulière de la santé mentale est-elle bien reconnue ou comprise, à votre avis, par les programmes fédéraux ou les responsables des organismes fédéraux qui les mettent sur pied?

Mme Muir : J'aimerais réagir à votre dernière intervention. Les personnes handicapées, y compris celles qui ont un handicap mental, sont considérées comme très importantes depuis longtemps. Cependant, pour des raisons historiques, on ne les a peut-être pas considérées comme aussi prioritaires que d'autres domaines de la politique sociale.

Le moment est venu d'accorder plus d'importance à ces questions, notamment les handicaps mentaux et autres. Nous sommes plus que jamais auparavant confrontés à cette réalité. C'est, entre autres, par suite de la mise en œuvre de programmes d'apprentissage et de soins de la première enfance, qui sont une priorité. Les gens se reconnaissent dans de telles mesures, ils comprennent la situation. Tout le monde comprend le problème et en assume la responsabilité. Même ceux qui n'ont pas d'enfants connaissent quelqu'un qui en a et comprennent la situation.

Il faudra attendre un peu plus longtemps pour que les gens comprennent les personnes handicapées parce qu'il s'agit toujours des autres. La situation est cependant en train de changer rapidement. Chacun de nous connaît quelqu'un qui a un handicap quelconque. Tous les handicaps ne sont pas physiques ou visibles. La définition de handicap est beaucoup plus large. Nous avons tous un membre de notre famille ou un ami handicapé. Et comme la population vieillit, les cas d'invalidité se multiplient.

Nous assumons tous les handicaps ou nous commençons à les assumer d'une nouvelle façon. Le sentiment de responsabilité sociale s'intensifie. Cette question fait de plus en plus partie de notre conscience nationale. Les gens s'en préoccupent beaucoup plus. Ils sont en train d'évoluer en ce moment. Nous travaillons avec des outils, des instruments et des programmes hérités d'une époque où cette question n'était pas aussi importante pour la société qu'elle l'est aujourd'hui. Sans vouloir vous paraître trop idéaliste, je pense réellement qu'un sentiment de responsabilité sociale se développe et que nous commençons à percevoir les lacunes des outils dont nous disposons. Voilà pourquoi le travail de votre comité est si important. Le moment est venu de réfléchir aux améliorations qu'on peut apporter dans ce domaine et aux programmes ou au financement dont nous avons réellement besoin pour changer les choses.

Pour revenir à ce que vous avez dit, sénateur Cook, il faut bien comprendre que le gouvernement fédéral travaille essentiellement avec des organisations nationales et des organismes sans but lucratif, qu'il appuie les provinces et les territoires dans la prestation de la plupart des services et programmes qui s'adressent aux personnes handicapées. C'est au niveau provincial, territorial ou communautaire, bien sûr, auprès d'organismes sans but lucratif que la personne obtient les

more appropriately delivered at that community level. We try to fund the community, provinces and territories to do that. Can we do more? We hope we can.

I want to be careful not to leave the impression that we actually look after all the individuals at the federal level. We do not. We try to build the capacity in the community.

Does that help?

Senator Cook: That helps me to see the way. Is either one of you familiar with the Independent Living Resource Centre in St. John's or would that be a provincial entity?

Mr. Grujic: We fund the Independent Living Resource Centre through the national funding, and they fund it through that side of it. They provide services.

Senator Cook: That is a good news story.

Mr. Grujic: There is always a need for additional funding on that element. Also, they do a lot of work with the province, Newfoundland and Labrador, and the communities. It is not just us, but we help them in terms of supporting.

Senator Cook: Some of your funding goes there directly?

Mr. Grujic: It flows through them. It goes through the national organization, who then allocates it to the independent centres.

Senator Cook: Are there any more of those across the country?

Mr. Grujic: There are 21. Another three are in progress. Technically, there are 24 in total.

Senator Cook: They do wonderful work.

Mr. Grujic: They are a good partner with us. We have a long history with them, since 1989.

Senator Cook: Me too.

[Translation]

Senator Pépin: Thanks to the wealth of information that you have brought, I can see that you are doing a wonderful job. My colleagues and I will now have to find some way of dealing with the practical aspect.

I will go back to page 6. Eighteen organizations receive 5 million dollars in grants. The National Network for Mental Health receives \$80,000 per year. Is that enough? Is it proportional to the 3.6 million people who suffer from mental illness? Are you satisfied with this amount? It is earmarked for mental health. You say that it is the only organization that provides mental health services.

services.    cause de cet état de chose, j'ai des moyens très limités pour aider une personne donnée, parce que les services sont mieux dispensés au niveau communautaire. Nous essayons de financer les communautés, les provinces et les territoires pour qu'elles puissent offrir ces services. Pourrions-nous en faire davantage? Nous l'espérons.

Je ne voudrais pas vous donner l'impression que nous nous occupons de toutes les personnes handicapées au niveau fédéral. Ce n'est pas le cas. Nous tâchons de développer les capacités nécessaires dans les communautés.

Est-ce que cela vous est utile?

Le sénateur Cook :   a m'aide à m'y retrouver. Est-ce que l'un d'entre vous a entendu parler du Independent Living Resource Centre de St. John's, ou s'agit-il d'un organisme provincial?

M. Grujic : Nous soutenons l'Independent Living Resource Centre par le truchement du mécanisme de financement national, qui s'occupe de verser les fonds. Le centre fournit les services.

Le sénateur Cook : C'est une bonne nouvelle.

M. Grujic : Cette catégorie de services a toujours besoin d'une aide financière supplémentaire. J'ajoute que le centre mentionné collabore aussi fréquemment avec les autorités de la province, Terre-Neuve-et-Labrador, ainsi qu'avec les communautés. Il n'y a donc pas que nous d'engagés là-dedans, mais nous appuyons aussi l'organisme.

Le sénateur Cook : Est-ce qu'une part de votre argent lui est versée directement?

M. Grujic : Notre argent se rend jusqu'à lui. Il transite d'abord par l'organisme national, qui le répartit ensuite entre les divers centres indépendants.

Le sénateur Cook : Y en a-t-il d'autres ailleurs au pays?

M. Grujic : Il y en a 21. Trois autres sont en cours d'établissement. Il en existe donc officiellement 24 au total.

Le sénateur Cook : Ces centres font un travail admirable.

M. Grujic : Ils collaborent très bien avec nous. Notre partenariat remonte à 1989.

Le sénateur Cook : Mes liens à moi aussi.

[Français]

Le sénateur Pépin : Je constate, par l'imposante documentation reçue, que vous faites un travail extraordinaire. Mes collègues et moi-même s'interrogeons maintenant sur l'aspect pratique-pratique et tentons d'obtenir une réponse.

Je reviens à la page 6. Il y a 5 millions de dollars versés en subventions à 18 organismes. Le Réseau national pour la santé mentale reçoit 80 000 \$ par année. Est-ce suffisant? Est-ce proportionnel au nombre de personnes souffrant de maladie mentale, soit 3,6 millions de personnes?   tes-vous satisfaits de ce montant au départ? C'est particulièrement pour la santé mentale. Vous indiquez que c'est le seul organisme qui offre des services en santé mentale.

Mr. Grujic: I can honestly say that the demand exceeds \$5 million. Among the 18 organizations, there are about 10 that are dedicated to helping disabled groups. Groups with mental disabilities are part of their mandate and their approach. When the groups joined us and decided how they were going to share the funds, we acknowledged that there was a mental health component, but that there were also other groups, as Senator Cook has indicated. The independent living centres also provide services to people with mental health problems.

They do receive \$80,000. There are other individual groups receiving \$1 million, but with that money, they provide help to all of the groups of disabled persons at the same time. We decided to subsidize one group, but other groups also have a mental health component.

Senator Pépin: Does the Office for Disability Issues operate with a particular definition of mental disability?

Mr. Grujic: No.

Senator Pépin: Could the fact that there is no set definition explain why the amounts are not appropriate?

Mr. Grujic: We have been associated with the community since 1997. The groups look after anyone who comes to them, whether that person is mentally or physically disabled. We help them become more self-sufficient.

As to the \$5 million, the demand is three to four times greater than that amount. We can only provide funding to national groups. I receive applications from two to 300 groups per year. The demand is too great.

We have not worked with mentally disabled persons for the past three or four years as they have found other resources. We do, however, work in partnership.

Senator Pépin: I am very much involved with military families, and more particularly with the wives of servicemen. In your 2004 report, you mentioned a strategy to help veterans suffering from post-traumatic stress syndrome. In order to help me understand, could you tell me how many people were provided with treatment, what was the length of their stay and follow-up, and how the families were included.

Ms. Muir: You would have to ask the Department of Veterans Affairs.

Senator Pépin: The question relates mostly to our young soldiers who have returned from a mission and who have been involved with this program for the past year. Since you have similar programs, do you know if they are well accepted and are doing a good job, or is that the responsibility of another department?

M. Grujic : La demande est plus grande que le 5 millions, je vous le dis honnêtement. Parmi les 18 organisations, il faut comprendre qu'il y en a peut-être une dizaine qui s'occupe de tous les groupes d'handicapés. Les groupes avec des déficiences mentales sont inclus dans leur mandat et cela fait partie de leur approche. Quand les groupes se sont joints à nous et qu'ils ont décidé comment ils allaient partager ces fonds, nous avons reconnu qu'il y avait un élément de santé mentale, mais aussi qu'il y avait d'autres groupes, comme l'a souligné le sénateur Cook. Les centres indépendants, eux aussi, dans leurs services, s'occupent des personnes qui ont des problèmes de santé mentale.

Oui, ils reçoivent 80 000 \$. D'autres groupes indépendants reçoivent un million de dollars, mais avec ce montant, ils s'occupent de tous les groupes de personnes handicapées en même temps. Nous avons pris la décision de donner les fonds à un groupe, mais les autres groupes aussi ont une responsabilité face à la maladie mentale.

Le sénateur Pépin : Est-ce que le Bureau de la condition des personnes handicapées utilise une définition particulière de l'incapacité mentale?

M. Grujic : Non.

Le sénateur Pépin : C'est peut-être parce que cela n'est pas défini d'une façon particulière que les montants ne sont pas appropriés?

M. Grujic : Nous sommes associés à la communauté depuis 1997. Les groupes s'occupent de toutes les personnes qui s'adressent à eux, qu'elles soient handicapées mentalement ou physiquement. Nous travaillons à responsabiliser ces personnes.

Pour ce qui est des cinq millions de dollars, la demande est de trois à quatre fois supérieure. Nous ne pouvons donner des fonds qu'aux groupes nationaux. Je reçois des demandes de deux à 300 groupes par année. La demande est trop grande.

Depuis trois ou quatre ans, nous ne travaillons plus avec des personnes souffrant de déficience mentale, celles-ci ayant trouvé d'autres ressources. Nous travaillons toutefois en partenariat.

Le sénateur Pépin : Je suis très impliquée auprès des familles de militaires, plus particulièrement les épouses de militaires. Dans votre rapport de 2004, vous parlez d'une stratégie pour venir en aide aux anciens combattants qui souffrent du syndrome de stress post-traumatique. Afin d'y voir plus clair, j'aimerais savoir combien de personnes ont bénéficié des traitements, quelle fut la longueur de leur séjour et de leur suivi et de quelle façon les familles ont été impliquées.

Mme Muir : La réponse relève du ministère des Affaires des anciens combattants.

Le sénateur Pépin : En fait, il s'agit plutôt de nos jeunes soldats revenus de mission, qui suivent ce programme offert depuis un an. Puisque vous avez des programmes semblables, savez-vous si ces programmes sont bien acceptés et s'ils fonctionnent bien ou est-ce plutôt un autre département qui s'en occupe?

Mr. Grujic: We provide information, but we do not track these programs because it is the department's responsibility. However, we are interested in their impact and we do keep an eye on what the department is doing. We began about two years ago.

Senator Pépin: I would be surprised if Veterans Affairs is responsible for these programs because these are young men in their twenties who are being treated.

Senator Gill: Do you have an Aboriginal component?

[English]

Ms. Muir: The answer is no. We do not have a specific thrust for Aboriginal persons. This is something that we will address in our new forward-looking policy work because there is a high need. The rate of disability with Aboriginal persons is much higher than the rest of the population, including the rate for persons with mental disabilities.

We are looking at what the strategy is specifically for Aboriginal persons in our forward-looking policy. In terms of data, we do not have specific data. I have talked about the population size, but it is not specific to Aboriginal persons. They were not over-sampled, so we do not have greater detail about the incidents in the Aboriginal population. We need that. Statistics Canada is starting an Aboriginal data initiative and we will be working with them to collect better information for Aboriginal persons.

You are probably aware that one of the factors around the high rate of disability and mental disability in Aboriginal persons has to do with the incidence of fetal alcohol syndrome, which raises diabetic conditions as well. The answer is no.

[Translation]

We do not have a component for Aboriginal people at this time, but we are very much aware of their situation and we will be looking into it.

Senator Gill: Mr. Chairman, I do not think you need statistics before beginning to act. We already know about all of the problems. They mirror what is happening with the rest of the population. Sometimes, it is even worse. It makes no sense not to include Aboriginal people in this type of program. I would suggest that you include that in your recommendations. Some lobbying is required.

Mr. Grujic: The Aboriginal people are included in the group, but there is no specific component just for them. We support them in all of our programs.

Senator Gill: Through other organizations?

Ms. Muir: Yes.

M. Grujic : Nous offrons de l'information, mais nous ne faisons pas de suivi des programmes parce que c'est la responsabilité du ministère. Cependant, nous nous intéressons à leur impact et suivons leur progrès auprès du ministère responsable. Nous avons commencé il y a à peine deux ans.

Le sénateur Pépin : Je serais quand même   tonn  e que ce soit les vétérans qui s'occupent de ces programmes parce que ce sont de jeunes hommes encore dans la vingtaine qui suivent ce traitement.

Le sénateur Gill : Avez-vous un volet autochtone?

[Traduction]

Mme Muir : La réponse est non. Nous n'avons pas de volet destiné de manière précise aux Autochtones. Nous allons cependant étudier la question lorsque nous élaborerons notre politique à venir, car les besoins à cet égard sont très aigus. La proportion d'Autochtones souffrant d'incapacités, y compris de déficience mentale, est beaucoup plus élevée chez les Autochtones que dans le reste de la population.

En préparant notre nouvelle politique, nous allons nous pencher sur la stratégie visant les Autochtones. Toutefois, nous ne disposons pas de données précises. J'ai parlé de la taille de la population, mais cela ne se rapporte pas précisément au groupe démographique autochtone. Ce dernier n'a pas fait l'objet d'un suréchantillonnage, et nous n'avons donc pas de renseignements plus poussés sur les incidents qui y surviennent. Nous en avons besoin cependant. Statistique Canada s'apprête à lancer une initiative de collecte de données portant sur les Autochtones, et nous allons y participer afin de recueillir des renseignements de meilleure qualité à l'intention de ce groupe.

Vous n'ignorez sans doute pas que l'un des facteurs expliquant le taux très élevé d'incapacités et de déficience mentale chez les Autochtones, est la forte incidence du syndrome de l'alcoolisation fœtale, qui entraîne aussi des cas de diabète. Cela dit, je le répète, la réponse est non.

[Français]

Actuellement, nous n'avons pas un volet pour les Autochtones, mais nous sommes très conscients de cette situation et nous allons sans doute la régler.

Le sénateur Gill : Monsieur le président, je ne pense pas que vous ayez besoin de statistiques pour commencer à bouger. Vous savez d'ores et déjà qu'il y a beaucoup de problèmes. C'est    peu près la même chose que dans le reste de la population. Parfois, c'est pire. Cela n'a aucun sens que les Autochtones ne soient pas considérés dans un tel programme. Je suggère donc que cela fasse partie de nos recommandations. Il faut faire des pressions.

M. Grujic : En fait, les Autochtones sont inclus dans le groupe, mais il n'y a pas de volet spécifique pour eux. Nous les appuyons dans tous nos programmes.

Le sénateur Gill :    travers d'autres organismes?

Mme Muir : Oui.

Senator Gill: But you do not have a specific program for Aboriginal people.

Mr. Grujic: Precisely. Aboriginal groups have projects and we provide direct funding so that they can undertake the necessary research to help their communities. We do not target any particular group. We recognize that our priority is to work with them. The social affairs, science and technology committee from the Department of Human Resources and Skills Development has a budget of about \$3 million for Aboriginal groups. These are the groups on the reserves. About 79 organizations work with Aboriginal disabled people, but through another department.

We also work with Indian and Northern Affairs Canada, as well as with some 30 departments. We try to work in partnership, because our funds are limited. We are trying to develop one supranational Aboriginal organization to help Aboriginal people in their community, because the demand is extremely high. We are working with a British Columbia group to create an organization that could meet the needs of Aboriginal people living on and off-reserve.

Senator Gill: I am greatly concerned by the problem of reintegrating Aboriginal people who are physically or mentally disabled into society, because the reintegration begins in the non-Aboriginal community. In terms of employment, there is perhaps not enough follow-up. I hope that the employers will not let these people go when the subsidy runs out. That is a basic issue. I hope that our recommendations will go even further.

[English]

Senator Cochrane: I am also making a pitch here for my colleagues' idea of putting forth a community centre in various regions for the mentally disabled. I am saying that because, in hearing from those people that we have already seen, and we have witnessed these individuals personally because they appeared before us in Ontario when our committee was there, they were telling us that the best approach to helping each other in regards to improving their situation is within the social context. If they can talk about their problems and solutions with each other, what better context would there be but in a community centre? This will greatly improve their medical situation, their whole disability. They have told us that. To me, it is the direct contact with these people and the information we get from them that will help us improve any program we put forth. That is one point.

My other question was, do you think that the specific nature of mental illness is adequately recognized and understood, in federal programs benefiting persons with disabilities?

Ms. Muir: I cannot speak for any programs except the ones at Social Development Canada because I do not have the expertise. If I were to look at the programs that we have for persons with disabilities within Social Development Canada, they are not targeted to any particular disability. They are not huge programs

Le sénateur Gill : Vous n'avez cependant pas un programme spécifique pour les Autochtones.

M. Grujic : Exactement. Des groupes autochtones ont des projets et nous leur fournissons directement les fonds pour qu'ils fassent les recherches nécessaires pour aider leurs communautés. Nous ne ciblons aucun groupe en particulier. Nous reconnaissons qu'il est prioritaire de travailler avec eux. Le département des ressources humaines et du développement Comité des affaires sociales, des sciences et de la technologie dispose d'un budget d'environ 3 millions pour les groupes autochtones. Ce sont des groupes de réserve. Environ 79 organisations travaillent avec des Autochtones handicapés, mais il s'agit d'un autre ministère.

Nous travaillons également avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord ainsi qu'avec une trentaine de départements. Nous essayons de travailler en partenariat, car les fonds sont limités. Nous tentons de développer une organisation autochtone supranationale qui viendrait en aide aux personnes handicapées dans leur communauté, car la demande en ce sens est très forte. Nous travaillons avec un groupe de la Colombie-Britannique afin de créer un organisme qui pourrait répondre aux besoins des Autochtones vivant tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves.

Le sénateur Gill : Le problème de la réinsertion sociale des Autochtones handicapés physiques ou mentaux me préoccupe énormément, parce que le travail de réinsertion se fait d'abord dans la société non autochtone. Au plan de l'emploi, le suivi n'est peut-être pas adéquat. J'espère que les employeurs ne licencient pas les personnes en processus de réinsertion quand la subvention est terminée. C'est une question primordiale. J'espère que nos recommandations iront plus loin.

[Traduction]

Le sénateur Cochrane : J'interviens ici en partie pour appuyer l'idée de mes collègues voulant qu'on crée des centres pour déficients mentaux dans diverses régions du pays. Si je le fais, c'est que nous avons déjà entendu des témoignages en ce sens de la part de déficients, lors des audiences que nous avons tenues en Ontario. Ils nous ont dit que la meilleure chose à faire pour s'entraider était de se rencontrer en groupe. Si les déficients peuvent discuter entre eux de leurs problèmes et des solutions à y apporter, quel meilleur endroit pour le faire qu'un centre communautaire? Cela améliorera considérablement leur condition de santé et leur situation générale. Ils nous l'ont dit. À mon avis, c'est grâce au contact direct avec ces gens et grâce aux renseignements qu'ils nous fourniront que nous réussirons à améliorer les programmes que nous mettrons sur pied. Voilà pour ma première observation.

En second lieu, estimez-vous que les programmes fédéraux destinés aux personnes souffrant de déficiences se fondent sur une connaissance réelle et précise et sur une véritable compréhension de la maladie mentale?

Mme Muir : Les seuls programmes dont je peux parler sont ceux de Développement social Canada, pour le reste, je n'ai pas les connaissances voulues. Concernant les programmes de Développement social Canada destinés aux personnes souffrant d'incapacités, je dirai qu'ils ne ciblent aucune déficience

in terms of dollars. They are limited. I would have to say, that reality does not recognize mental disabilities as a huge piece. That reality tells the picture that the funding programs are very limited for disabilities in general and that is a tough reality for us right now.

Senator Cochrane: Do you think mental disabilities should be first and foremost?

Ms. Muir: I do not think I can place a priority on one type of disability over another. They are individual, as you know. I know you need to ask me those questions, but I do not think I could place a priority on one over another. They are all very tough.

Senator Cochrane: How many persons work on mental disability in the Office for Disability Issues?

Ms. Muir: We do not allocate the work by disability. It is a broader approach. For instance, in Mr. Grujic's group, which is the programs area, we have program officers who deal with each of the programs, and none of them are specific to a certain type of disability. They handle all the applications that come in. They deal with whichever stakeholder organizations are involved in those applications. It is not done by type of disability.

We have about 84 staff, in general, at the Office for Disability Issues. That is for programs, policy work, the outreach and coordination work, and internal management. It is not a huge area. It has staff, but it is not enormous.

The Chairman: Thank you for coming. You have been so wonderfully candid, I would like to leave you with a question, which I recognize that you may not want to reply to in writing. I would be happy to have you sit down with me or with the committee staff. Here is the question; it is in response to Senator Cochrane's question.

The minute you bury mental disabilities with larger disabilities, inevitably because of what the word "disability" means, the mental side will get short shrift, not because anybody is doing something malevolent, but because that is just the way it is.

I would love your judgment when you think about it. Maybe the best analogy is affirmative action. Why was affirmative action started? Affirmative action was started not because the programs did not apply to everyone, but because it was understood that in order to begin to right the imbalance, because some groups were getting left out because they did not know how to deal with programs, affirmative action was necessary. The intention of affirmative action programs always is that once the balance is righted, then you do not need them any more.

In order to put mental disabilities into the same category as physical disabilities, do we need to begin for a decade or so with some separate programs akin to an affirmative action program, in order to begin to right the imbalance that clearly exists? I also ask that question to your colleague responsible for CPP Disability.

particulière. Ils ne reçoivent pas des crédits très élevés, mais au contraire plutôt modestes. Je dois reconnaître que dans les faits, on n'accorde pas énormément d'importance aux déficiences mentales. Les programmes de financement sont très limités pour les déficiences en général et c'est pour nous une dure réalité.

Le sénateur Cochrane : Pensez-vous que la déficience mentale devrait être placée au premier plan?

Mme Muir : J'aurais des difficultés à privilégier une déficience par rapport à une autre. Comme vous le savez, chaque déficience est particulière. Je sais que vous devez me poser ces questions, mais je vois mal comment je pourrais en privilégier une par rapport à une autre. Toutes les déficiences posent d'énormes problèmes.

Le sénateur Cochrane : Combien de personnes travaillent sur la déficience mentale au Bureau de la condition des personnes handicapées?

Mme Muir : Nous ne répartissons pas le travail selon la déficience. Notre approche est plus globale. Par exemple, dans le groupe de M. Grujic, qui s'occupe des programmes, des agents de programme s'occupent de chacun des programmes, aucun n'étant spécifique à une déficience donnée. Les agents traitent toutes les demandes qui sont soumises. Ils traitent alors avec un organisme ou un autre, selon celui qui s'occupe de ces demandes. Ce n'est pas organisé par déficience.

Le Bureau de la condition des personnes handicapées compte environ 84 employés. Cela comprend différents secteurs : programmes, élaboration de politiques, sensibilisation et coordination, ainsi que gestion interne. Nous avons donc du personnel, mais on ne peut pas dire que notre bureau soit énorme.

Le président : Merci d'être venus. Vu la merveilleuse honnêteté dont vous avez fait preuve, j'aimerais vous poser une question, à laquelle j'ai conscience que vous ne voudrez peut-être pas répondre par écrit. Si vous vouliez vous entretenir avec moi ou avec le personnel du comité, nous vous en serions reconnaissants. Voici la question, qui reprend celle du sénateur Cochrane.

Dès que l'on fond la déficience mentale dans la masse des déficiences, l'acception du mot « déficience » étant ce qu'elle est, l'aspect mental devient secondaire, non pas par malveillance, mais simplement par la force des choses.

J'aimerais beaucoup que vous y réfléchissiez et que vous nous donniez votre opinion. Peut-être la meilleure comparaison est-elle l'action positive. Pourquoi a-t-on eu recours à l'action positive? Pas parce que les programmes ne s'appliquaient pas à tout le monde mais parce qu'on s'est aperçu que pour corriger le déséquilibre, parce que certains groupes étaient laissés pour compte parce qu'ils ne connaissaient pas les programmes, l'action positive était nécessaire. L'action positive est toujours une mesure temporaire, que l'on abandonne une fois l'équilibre rétabli.

Avant de mettre les déficiences mentales dans le même panier que les déficiences physiques, conviendrait-il, pendant une décennie environ, de commencer par des programmes distincts, afin de corriger le déséquilibre manifeste qui existe? J'aimerais aussi avoir l'opinion à ce sujet de votre collègue responsable de l'invalidité du RPC.

The reason I suggest you might not want to give us a written reply is, having been a deputy minister I know the process you would have to go through to get everybody to sign off to give us a written reply. I am interested in the personal judgment of the two of you and your colleagues, if you would not mind thinking about that and then talking to your staff. We are not quoting you.

That is a dilemma you face. On the one hand, you do not want to single out mental illness, and on the other hand, you have to right the imbalance. If you do not do some affirmative thing in the first place, how are you ever going to right the imbalance? We are wrestling with that. Because you have been so candid, your thoughts on those questions would be helpful to us.

Ms. Muir: I would be happy to reflect on that.

The Chairman: Perhaps you could talk to your colleague at CPP Disability as well.

Ms. Muir: I would be happy to do that. I have one word of caution. I am sure you have met with stakeholder organizations and representatives of the mental health field.

The Chairman: Yes.

Ms. Muir: We have many stakeholder organizations, and they are very passionate, as they should be, about what they do. You would need to be very cautious about how this would be received by other types of disability organizations, because they most certainly will be received. That is a note of caution.

The Chairman: The beauty of our position, of course, is that being popular is not a requirement for keeping our position.

Ms. Muir: It is not in your work description.

The Chairman: Our inclination, as it was in the previous report for which we got hammered — and now across the country, the Romanow report has disappeared and most of the pieces of our report are starting to happen — we recognize that some people will not like some of the things we say. We are not picking on anybody, but that is reality.

Ms. Muir: I am happy to reflect on this, and I will be back in touch with you.

The Chairman: Thank you. Senators, our last panel this morning is Phil Upshall, National Executive Director of the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, along with Dr. John Service, the chair of the board. We also have with us Bernice Downey, Executive Director of National Aboriginal Health Organization, and Larry Gordon, Chairman of the National Inuit Committee on Health.

Si je suggère que vous vous absteniez de nous fournir une réponse écrite c'est que, ayant été moi-même sous-ministre, je connais le processus nécessaire pour obtenir l'approbation de tout un chacun avant de fournir une réponse écrite. Ce que j'aimerais, c'est avoir votre opinion personnelle, à tous les deux, ainsi que celle de vos collègues, si vous vouliez bien réfléchir à la question et en discuter avec votre personnel. Nous ne citerons pas ce que vous direz.

Vous vous trouvez face à un dilemme. D'une part, vous ne voulez pas isoler spécifiquement la maladie mentale, de l'autre, vous devez corriger le déséquilibre. Or, si vous n'avez pas recours à une action positive quelconque pour commencer, comment rectifierez-vous jamais le déséquilibre? La question est épineuse. Vu l'honnêteté dont vous avez fait preuve, nous serions très heureux d'avoir votre opinion sur ces questions.

Mme Muir : Je serai heureuse d'y réfléchir.

Le président : Peut-être pourriez-vous également vous entretenir avec votre collègue de l'invalidité du RPC.

Mme Muir : Je le ferai avec plaisir. J'ai toutefois une petite mise en garde : vous avez sans doute entendu le témoignage d'organismes et de représentants intéressés par la santé mentale.

Le président : Oui.

Mme Muir : Dans notre domaine, les intervenants foisonnent. Et leur action leur tient beaucoup à cœur, ce qui est une bonne chose. Mais cela vous obligerait à faire preuve de beaucoup de prudence pour éviter les réactions négatives de la part des organismes s'occupant d'autres déficiences, car des réactions, vous en aurez. Je voulais juste vous mettre en garde.

Le président : L'une des beautés de notre travail, bien sûr, est que point n'est besoin de courtiser la popularité pour rester sénateur.

Mme Muir : Effectivement.

Le président : Nous avons pleinement conscience du fait que nos conclusions déplairont à certaines personnes, non que nous ayons une dent contre quiconque. C'est simplement une réalité incontournable. On l'a constaté avec notre dernier rapport, qui a suscité un tollé; cependant, de par le pays, on constate à présent que le rapport Romanow a disparu, alors que la plupart des éléments de notre rapport commencent à se mettre en place.

Mme Muir : Je serai heureuse de réfléchir à votre question et je communiquerai avec vous.

Le président : Merci. Sénateurs, le dernier groupe que nous entendons ce matin est Phil Upshall, directeur exécutif national de l'Alliance pour la maladie mentale et la santé mentale canadienne, qui est accompagné du Dr John Service, président du conseil d'administration. Nous avons également avec nous Bernice Downey, directrice exécutive de l'Organisation nationale de la santé autochtone, ainsi que Larry Gordon, président du Comité national sur la santé des Inuits.

Please keep in mind that because the Senate sits at 1:30, we have to adjourn at 1:25. I would like as much time for questions as possible. Please keep your opening statements short, because we can always read the material you gave us.

Mr. Larry Gordon, Chairman, National Inuit Committee on Health, Health Department, Inuit Tapiriit Kanatami: In my role as chair of the National Inuit Committee on Health, I would like to provide you with an overview of the Inuit perspective and some recommendations for your reports.

As Inuit, we are a young and growing population. There are roughly 50,000 of us living across the Canadian Arctic in 53 remote and isolated communities. This area covers approximately one-third of Canada. As a national organization, ITK works with the Inuit regions to improve living conditions and to help solve economic and social problems.

Today's topic is relevant in that mental well-being and suicide prevention has been the number one priority for Inuit nationally. As Inuit, we do not separate mental and physical health. We like to speak of the total well-being of a person. There is an immediate need for action on mental health in Inuit regions, as evidenced by our suicide rates, which are 11 times the national average. Inuit have embraced the federal commitment to a renewed relationship and believe that a further commitment for an Inuit-specific mental health strategy is important.

As believers in the holistic approach, total well-being cannot be improved by health services alone. Improvements to economic conditions, housing, education, environment, justice, infrastructure and relationships with many stakeholders are needed. Programs based on the unique cultural needs of Inuit regions and communities can and will address the factors that affect our mental well-being.

In many regions, housing shortages have reached crisis proportions in our area. The mental impact on families so crowded that people must sleep on the floors and in shifts cannot be underestimated in our region. Homeless people drift from relative to relative to find a spot for the night. A federal housing program in the Arctic Inuit regions would not only resolve the housing shortages, but it would also alleviate some of the social problems such as family violence and addictions.

Many Inuit, both young and old, face issues of food security. Unemployment rates are high. The cost of living is even higher. The cost of living for our traditional food has also gone up.

N'oubliez pas que le Sénat siège à 13 h 30 et que nous devons, par conséquent, lever la séance à 13 h 25. Comme nous voudrions pouvoir poser autant de questions que possible, je vous demanderais de garder vos remarques préliminaires aussi brèves que possible. Nous pouvons toujours lire les documents que vous nous avez remis.

M. Larry Gordon, président, Comité national sur la santé des Inuits, Direction de la santé, Inuit Tapiriit Kanatami : En tant que président du Comité national sur la santé des Inuits, je voudrais vous donner une idée du point de vue inuit et suggérer quelques orientations pour vos rapports.

Les Inuits sont un peuple jeune, en pleine croissance. Nous sommes environ 50 000 à vivre d'un bout à l'autre de l'Arctique canadien, dans 53 communautés reculées et isolées. C'est une superficie qui représente à peu près le tiers du Canada. ITK est un organisme national qui travaille avec les régions inuites afin d'améliorer les conditions de vie et de résoudre les problèmes sociaux et économiques.

La question d'aujourd'hui est importante, vu que le bien-être mental et la prévention du suicide constituent la première priorité nationale des Inuits. En tant qu'Inuits, nous ne séparons pas la santé mentale et physique. Nous pensons au bien-être d'ensemble d'une personne. Il existe un besoin criant de mesures en faveur de la santé mentale dans les régions inuites, comme en atteste notre taux de suicide, onze fois supérieur à la moyenne nationale. Les Inuits sont heureux de l'engagement pris par le fédéral envers un renouvellement de la relation. Nous estimons important un engagement plus marqué en faveur d'une stratégie de défense de la santé mentale propre aux Inuits.

Partisans d'une approche holistique, nous estimons que le bien-être d'ensemble ne saurait être amélioré uniquement par des services de santé. Il faut y joindre une amélioration dans toute une série de domaines : des conditions économiques, le logement, l'instruction, l'environnement, la justice, l'infrastructure et les rapports avec de nombreux intéressés. Nous sommes persuadés que des programmes axés sur les besoins culturels uniques des régions et des collectivités inuites peuvent remédier aux facteurs qui affectent notre bien-être mental.

Dans bien des régions inuites, la pénurie de logement fait rage. Il ne faut pas sous-estimer les retombées sur la santé mentale de situations où les familles s'entassent à un point où certaines personnes doivent dormir par terre ou attendre leur tour pour dormir. Les sans-abri, quant à eux, font la tournée de leur parenté pour tâcher de trouver un endroit où passer la nuit. La création d'un programme fédéral de logements dans les régions inuites de l'Arctique remédierait à la pénurie de logements et atténuerait, en outre, certains problèmes sociaux comme la violence familiale et les dépendances.

Pour beaucoup d'Inuits, jeunes et vieux, la sécurité alimentaire est un problème. Le taux de chômage est élevé. Le coût de la vie est faramineux. Même le coût de nos aliments traditionnels a augmenté.

Our total well-being continues to be affected by past and ongoing societal transition, including relocation and residential schooling. Studies by the Aboriginal Healing Foundation have illustrated multi-generational damage to families and communities that arose from residential school.

We would like to ask the committee to consider the impact of these factors on mental well-being and to recognize that in order to improve mental health, we need to implement strategies both within the health system and outside. We need to work with many partners in equal and equitable relationships to improve our health. Policies and programs that work best for Inuit must be initiated, designed, delivered and administered by Inuit. Inuit knowledge and culture is central to our health and well-being. Inuit wisdom and ways must be incorporated into the health system. It is encouraging to see that recommendation 1.2 in Report 3 of the committee's interim report, *Mental Health, Mental Illness and Addiction: Issues and Options for Canada* is for culturally appropriate delivery of services and supports.

Because the Inuit live in such a wide range of Canada, our programs and policies must be broad-based and flexible in order to accommodate all regions in the Inuit world. As well, they should have an impact on women and men similarly.

In the committee's second report, *Mental Health Policies and Programs in Selected Countries*, we noted that the Australian National Health Strategy recognizes the different histories and circumstances of each jurisdiction and the need for plans to be based on analysis of local population needs. This approach is consistent with the Inuit-specific approach that we are advocating.

We want to work together and share information, experiences and expertise across jurisdictional barriers. At present, it is difficult for Inuit to surmount these barriers. Volume 3 of your report identifies how issues of jurisdiction affect Aboriginal people. Some of our strategies will offer ways to address these. One is the Inuit-specific mental well-being framework. This reflects recommendations similar to the committee's, including a culturally competent continuum of services that includes traditional knowledge and practices based primarily in the home, community or region.

For Inuit, issues of access and coordination are enmeshed. Inuit need culturally relevant programs, activities, resources and strategies. Coordinated service networks are needed in regions and communities from agencies accountable to Inuit. Families need support to learn how to discuss emotions and to develop coping skills.

Notre bien-être d'ensemble continue d'être touché par la transition sociale passée et actuelle, y compris l'installation dans de nouveaux lieux et la question des pensionnats. Les études effectuées par la Fondation autochtone de guérison ont montré que la scolarisation dans les pensionnats a des répercussions sur plusieurs générations d'une même famille ainsi que sur les collectivités.

Nous aimerions que le comité tienne compte de l'impact de ces facteurs sur le bien-être mental et qu'il reconnaisse qu'afin d'améliorer la santé mentale, nous devons mettre en œuvre des stratégies tant à l'intérieur du système de santé qu'à l'extérieur. Nous devons travailler avec beaucoup de partenaires dans des relations égales et équitables afin d'améliorer notre santé. Les politiques et programmes qui fonctionnent le mieux pour les Inuits doivent être instaurés, conçus, fournis et administrés par les Inuits. Les connaissances et cultures inuits sont au cœur de notre santé et de notre bien-être. La sagesse et les coutumes inuites doivent être intégrées au système de santé. Il est encourageant de constater que la recommandation 1.2 du rapport n° 3 du rapport provisoire du comité intitulé *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options pour le Canada*, vise la prestation de services et de moyens de soutien compatibles avec la culture des patients/clients.

Puisque les Inuits habitent une si grande étendue du Canada, nos programmes et politiques doivent être généraux et souples afin de satisfaire toutes les régions du monde inuit. En outre, ils devraient avoir un impact semblable sur les femmes et sur les hommes.

Dans le deuxième rapport du comité intitulé *Politiques et programmes de certains pays en matière de santé mentale*, nous avons constaté que la stratégie australienne en matière de santé mentale reconnaît les conditions et les contextes historiques différents de tous les secteurs de compétence et la nécessité que les plans en matière de santé mentale reposent sur une analyse des besoins de la population locale. Cette approche cadre avec l'approche ciblée sur les Inuits que nous préconisons.

Nous voulons travailler ensemble et partager des renseignements, des expériences et des expertises en surmontant les obstacles juridiques. Actuellement, il est difficile pour les Inuits de surmonter ces obstacles. Le volume 3 de votre rapport explique comment les questions juridiques touchent les peuples autochtones. Certaines de nos stratégies offriront des moyens de s'y attaquer. Il y a notamment le cadre de bien-être mental propre aux Inuits. Cela reflète des recommandations semblables à celles du comité, dont un continuum de services adaptés à la culture et assorti des connaissances et pratiques traditionnelles fondées sur la famille, la collectivité ou la région.

Pour les Inuits, les questions de l'accès et de la coordination sont imbriquées. Les Inuits ont besoin de programmes, d'activités, de ressources et de stratégies culturellement significatifs. Il faut des réseaux de services coordonnés dans les régions et collectivités, offerts par des agences responsables devant les Inuits. Les familles ont besoin d'appui pour apprendre comment discuter des émotions et perfectionner les habiletés d'adaptation.

As Inuit, we are also concerned about staffing shortages and the poor geographic distribution of mental health and addictions professionals. To deal with capacity issues, we must build on existing strength by including elders and by offering training and developing opportunities to meet regional and community needs.

We can promote and adapt Inuit traditional knowledge and knowledge from other sources to train both Inuit and non-Inuit in culturally appropriate healing practices. Technologies such as distance education and telehealth can be useful.

The key to capacity is adequate, flexible, ongoing funding for human resources and infrastructure as well as new program dollars. A variety of mechanisms are needed to coordinate and integrate the system. ITK has proposed to work with the First Nations and Inuit Health Branch to create an Inuit health directorate within the branch. If developed appropriately, the directorate could coordinate and integrate federal programs and services offered to Inuit.

Report 1 of the committee's interim report, *Mental Health, Mental Illness and Addictions: Overview of Policies and Programs in Canada*, noted the lack of data on Aboriginal mental health. For Inuit in particular, our information is missing or mixed in with the data that includes other Aboriginal peoples. Without the correct Inuit health stats, development and evaluation of programs and services will not be based on reliable evidence.

It is not possible to discuss mental health without discussing suicide. Our *National Inuit Youth Suicide Prevention Framework* was developed by our National Inuit Youth Council, NIYC, which represents Inuit youth under the age of 30. Suicide prevention is one of the priorities for our Inuit youth. The framework recognizes that people who are totally well will not harm themselves and, therefore, emphasizes the importance of developing and protecting mental well-being as a measure to prevent suicide.

The youth have suggested that Inuit work together across jurisdictions to network and learn from Inuit in all regions of the Circumpolar Arctic. We can develop our own definitions of suicide, depression, mental illness and mental well-being. We can do appropriate research in Inuit regions and establish treatment strategies. To do this, we need mental wellness resource people in all Inuit communities, regionally and nationally.

Government, Inuit elders, adults, youth and organizations must commit to listening to each other, and involve each other meaningfully in decision making. Schools can support the development of total well-being by providing academic development, healthy physical activity and teaching coping and relationship skills. Community youth groups can be active in role

En tant qu'Inuits, nous nous préoccupons également de la pénurie de la main-d'œuvre et de la mauvaise distribution géographique des professionnels de la santé mentale et de la toxicomanie. Afin de s'attaquer aux problèmes liés à la capacité, nous devons tabler sur nos forces actuelles en faisant participer les aînés et en offrant de la formation et en créant des occasions de répondre aux besoins régionaux et communautaires.

Nous pouvons promouvoir et adapter les connaissances traditionnelles inuites et les connaissances d'autres sources pour former les Inuits ainsi que les non-Inuits aux pratiques de guérison propres à la culture. Les technologies telles que l'éducation à distance et la télésanté peuvent être utiles.

L'important quant à la capacité, c'est d'avoir un financement adéquat, souple et permanent des ressources humaines et de l'infrastructure ainsi que d'avoir du nouveau financement de programmes. Il faut divers mécanismes pour coordonner et intégrer le système. ITK se propose de travailler avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits pour créer une direction de la santé inuite au sein de la direction générale. Si on fait ça comme il faut, la direction pourrait coordonner et intégrer les programmes et services fédéraux offerts aux Inuits.

Le rapport 1 du rapport provisoire du comité, intitulé *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*, a fait état du manque de données sur la santé mentale autochtone. Pour les Inuits plus précisément, nos données manquent ou sont mélangées avec les données concernant les autres peuples autochtones. Sans les bonnes statistiques sur la santé inuite, la conception et l'évaluation de programmes et services ne reposeront pas sur des données sûres.

Il est impossible de parler de la santé mentale sans parler du suicide. Notre cadre de travail national sur la prévention du suicide chez les jeunes Inuits a été établi par notre conseil national des jeunes Inuits, NIYC, qui représente les jeunes Inuits âgés de moins de 30 ans. La prévention du suicide est l'une des priorités de notre jeunesse inuite. Le cadre de travail reconnaît que les gens qui sont en bonne santé ne se feront pas du mal, et met donc l'accent sur l'importance de favoriser et de protéger le bien-être mental comme mesure de prévention du suicide.

Les jeunes ont suggéré que les Inuits de toutes les régions de l'Arctique circumpolaire forment des réseaux et apprennent les uns des autres. Nous pouvons concevoir nos propres définitions du suicide, de la dépression, de la maladie mentale et du bien-être mental. Nous pouvons mener des recherches pertinentes dans les régions inuites et construire des stratégies de traitement. Pour ce faire, il nous faut des personnes-ressources en matière de santé mentale dans toutes les localités inuites, à l'échelle régionale et nationale.

Les gouvernements, les aînés inuits, les adultes, les jeunes et les organisations doivent s'engager à s'écouter les uns les autres et à faire en sorte que tous les intervenants participent de façon constructive à la prise de décisions. Les écoles peuvent contribuer à l'atteinte du bien-être global en offrant des programmes de perfectionnement scolaire, des activités axées sur la santé

modelling cultural activities and can be trained in suicide prevention.

NIYC's solid commitment to addressing Inuit suicide has led to the creation of a dynamic suicide prevention public service announcement and a youth suicide prevention walk from Duncan, B.C., to Ottawa, which is now in progress.

The funding provided to Inuit youth for these important initiatives is provided year to year with no guarantees, despite the success the work had in outreach to Inuit youth who are the most at-risk population for suicide in all of Canada.

Our population is growing faster than any other in Canada. We must instill and retain pride in our culture by providing supports to insure Inuit values, language and traditions. The key to our culture is language. We need to preserve, promote and enhance Inuktitut across all Inuit regions. In some regions, we need to augment Inuktitut curricula. We need to promote life and well-being, build strong communities, add holistic suicide-prevention strategies, plus include employment and transitional programs, programs for trades and high school equivalency, housing for young adults and more. New and existing early childhood programs strengthen a child's foundation. Positive media campaigns directed at Inuit youth could encourage discussion and reduce stigma. Regional crisis lines and youth elder centres in each community could provide support.

In summary, Inuit will make their own decisions about maintaining and improving their total well-being, but we need individuals like you who are listening, writing reports and making recommendations to help us. We hope you have heard today what Inuit know about what is needed and are committed to addressing the issues of mental well-being and health. We need resources and partnerships that will implement positive change to our current systems.

The last two pages in the handout we have given you are the websites of other information on Inuit that you may require.

The Chairman: Thank you for your presentation. Next we have Bernice Downey, the Executive Director of the National Aboriginal Health Organization. Your organization testified before us earlier on and when we were doing our original acute care study. Thank you for coming back.

physique et de la formation sur la capacité de faire face à l'adversité et de nouer des relations. Les groupes communautaires voués aux jeunes peuvent aider à créer des modèles au chapitre des activités culturelles et leur personnel peut être formé en prévention du suicide.

L'engagement ferme du NIYC en faveur de la lutte contre le suicide chez les Inuits a mené à la création d'un message d'intérêt public percutant et d'une marche de jeunes à partir de Duncan en Colombie-Britannique jusqu'à Ottawa pour la prévention du suicide. Cette marche est en cours actuellement.

Le financement dont bénéficient les jeunes pour ces activités importantes est versé annuellement, sans garantie de reconduction, malgré les succès obtenus grâce au travail de sensibilisation des jeunes Inuits qui constituent la population la plus vulnérable au suicide de tout le Canada.

Notre population croît plus rapidement que celle de tout autre groupe au Canada. Nous devons susciter la fierté de notre culture et nourrir ce sentiment en appuyant la survie des valeurs, de la langue et des traditions inuites. La langue est la clé de notre culture. Nous devons préserver, promouvoir et rehausser l'inuktitut dans toutes les régions inuites. En outre, dans certaines régions, nous devons étoffer les programmes scolaires en inuktitut. Nous devons mettre en valeur la vie et le bien-être. Il faut bâtir des communautés solides, concevoir des stratégies globales de prévention du suicide et offrir des programmes d'emploi et de transition, des programmes axés sur les métiers et sur les équivalences du cours secondaire ainsi que des programmes de logement pour jeunes adultes, notamment. Les programmes actuels et futurs voués à la petite enfance renforcent les aptitudes fondamentales de l'enfant. Des campagnes médiatiques positives destinées aux jeunes Inuits pourraient favoriser le dialogue et atténuer les perceptions négatives. La mise sur pied de lignes d'écoute téléphonique régionales et de centres pour jeunes et aînés dans chaque communauté permettrait aux jeunes de bénéficier d'un soutien social.

En résumé, les Inuits prendront ainsi leurs propres décisions sur l'amélioration et la préservation de leur bien-être global, mais, pour ce faire, nous devons d'abord être entendus par des personnes telles que vous, qui nous écoutent, qui préparent des rapports et qui formulent des recommandations afin de nous aider. Nous espérons vous avoir communiqué aujourd'hui les besoins des Inuits tels que nous les connaissons, et vous avoir montré que nous sommes déterminés à faire progresser la question du bien-être et de la santé mentale. Il nous faut des ressources et des partenariats qui permettent d'améliorer nos systèmes actuels.

Les deux dernières pages des documents que nous vous avons remis contiennent les adresses des sites Internet ainsi que de plus amples renseignements sur les Inuits qui pourront vous être utiles.

Le président : Merci de votre exposé. La prochaine intervenante est Bernice Downey, directrice exécutive de l'Association nationale de la santé autochtone. Votre organisation a déjà comparu devant notre comité alors que nous étudions les soins actifs. Merci de revenir témoigner devant nous.

Ms. Bernice Downey, Executive Director, National Aboriginal Health Organization: I would like to thank you for this opportunity to present on this very important area of mental health. In the interests of time, the focus of the presentation will be on First Nations and Metis. Mental health, mental illness and addictions are of fundamental importance to Aboriginal peoples. These issues have consistently been identified as priorities that sadly continue to be in a state of crisis in our communities.

The National Aboriginal Health Organization, NAHO, is an Aboriginal designed and controlled NGO with membership of our five national political organizations: Assembly of First Nations, the Inuit Tapiriit Kanatami, the Native Women's Association of Canada, the Congress of Aboriginal Peoples and the Metis National Council. The organization is comprised of three centres of excellence being the First Nations, Inuit and Metis centres, as well as supporting units.

Our focus is on knowledge translation with development, implementation and dissemination of information related to awareness, health promotion, health careers, research and traditional knowledge. We have just wrapped up our first mandate of five years, and we are embarking on our second. We are detailing the finalization of that now.

As we are positioned in this next mandate, the wealth of information that has gone out from our three centres of excellence in a wide area of topics related to Aboriginal health is immense. We have embarked on strategies and products. I refer you to our website for further information. Relevant to this topic, currently our First Nations Centre is working on a suicide-prevention tool kit. Communities are asking for concrete solutions and help, and ways to deal with what is going on. They need something in the short term. Communities are encouraged to adapt these tool kits to meet their own needs. The tool kit provides information and research on suicide prevention to increase awareness and encourage discussion.

Another example is NAHO has recently published its second issue of the *Journal of Aboriginal Health*, which is a publication sharing in-depth analysis of Aboriginal health issues. In the most recent issue, mental health is addressed in some of those papers.

The Inuit centre has written a research paper on alcohol and problems in Inuit communities and recently launched an on-line health career database. NAHO hopes to undertake a project this year on the Summer Institute, a health learning institute, in order to address the wide range of topics that will advance some of the capacity-building that is required. Our activities are diverse and we are well positioned to inform the work of others.

Mme Bernice Downey, directrice administrative, Organisation nationale de la santé autochtone : J'aimerais vous remercier de nous donner l'occasion de vous parler de ce volet important des soins de santé mentale. Comme le temps nous est compté, nous allons nous concentrer sur la santé des Premières nations et des Métis. La santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie revêtent une importance fondamentale pour les peuples autochtones. Ces questions sont toujours demeurées prioritaires car, malheureusement, elles continuent de placer nos communautés en état de crise.

L'Organisation nationale de la santé autochtone ou ONSA est une ONG conçue et contrôlée par les Autochtones et dont nos cinq organisations politiques nationales sont membres : l'Assemblée des Premières nations, l'Inuit Tapiriit Kanatami, l'Association des femmes autochtones du Canada, le Congrès des peuples autochtones et le Ralliement national des Métis. Notre organisation comprend trois centres d'excellence, soit le centre des Premières nations, celui des Inuits et celui des Métis, de même que d'autres unités de soutien.

Notre objectif premier est de traduire les connaissances grâce à l'élaboration, à la mise en œuvre et à la diffusion d'information sur la sensibilisation, la promotion de la santé, les professions liées à la santé, la recherche et les connaissances traditionnelles. Nous venons d'achever notre premier mandat de cinq ans et nous entamons notre deuxième mandat. Nous en sommes actuellement à peaufiner les détails.

Au moment où nous amorçons notre deuxième mandat, la richesse des informations sur un vaste éventail de sujets émanant de nos trois centres d'excellence est énorme. Nous avons créé des stratégies et des produits. Je vous invite d'ailleurs à consulter notre site Internet pour obtenir de plus amples renseignements. À ce sujet, notre centre des Premières nations élabore une trousse d'outils sur la prévention du suicide. Les communautés nous demandent des solutions concrètes et de l'aide, ainsi que des conseils sur la façon de composer avec la situation actuelle. Elles ont besoin d'aide concrète à court terme. Nous encourageons les communautés à adapter ces trousseaux à leurs besoins spécifiques. Ces trousseaux, qui ont pour objet de sensibiliser les personnes concernées et de les encourager à dialoguer, contiennent des informations et des résultats de recherche sur la prévention du suicide.

En outre, l'ONSA a récemment publié la deuxième édition du *Journal de santé autochtone*, qui publie des analyses approfondies d'enjeux liés à la santé autochtone. Le plus récent numéro du journal contient des articles où il est question de santé mentale.

Le Centre inuit a rédigé un rapport de recherche sur les problèmes associés à l'alcool dans les communautés inuites, et vient de lancer une base de données en ligne sur les carrières dans le domaine de la santé. L'ONSA espère entreprendre un nouveau projet cette année qui consiste en un atelier d'été, c'est-à-dire une formation dans le domaine de la santé, qui portera sur un vaste éventail de sujets propices à la réalisation des progrès nécessaires en matière de renforcement des capacités. Ainsi, nos activités sont variées, et nous sommes bien placés pour faire circuler les informations sur les travaux effectués par d'autres intervenants.

Each of these centres collaborated on the preparation of the brief distributed. Each provided comments for analysis of the issues and options reports, as outlined in the committee's request. The strengths and weaknesses of the options provided with respect to First Nations, Métis and Inuit have been examined. Our comments and recommendations are also provided.

Critical to the whole presentation, as you will see in the briefs, is that while mental health, mental illness and addictions are issues that concern all peoples, we believe that the diversity that exists amongst Aboriginal peoples requires separate and specific analysis. Mental health is a priority in Inuit regions, but as Mr. Gordon outlined, there are several areas of priority that are required. I will not go into those in detail. He has outlined them very well.

The First Nations encounter specific access problems and receive services of diminished quality due to cultural and geographical barriers. The following options, in our opinion, seek to address these issues. The majority of professional education programs in Canada offer limited initiatives to support First Nations people. This undoubtedly contributes to the ongoing shortages of First Nations nurses, doctors and other professions. In addition, some of the professional programs offer only one or two seats, thus failing to provide First Nations students with a peer group that is necessary to effective learning. Further, given that education is a provincial responsibility, there is no national system or uniformity of access to such programs.

The Royal Commission on Aboriginal Peoples found that if they are to succeed in professional education programs, Aboriginal people require adequate financial support, academic support, personal and family support and professional support from a core group of Aboriginal students. The relationship between knowledge translation and the need for culturally appropriate delivery of services and supports is recognized in many communities. We know that the mainstream approach to health care service delivery, while it addresses some of the needs, does not address all of them.

Approaches that have been targeted towards Aboriginal communities over the last 25 to 30 years, we know are not working. We know that some of the health statistics are worse than they ever were. I am sure this group has heard much about that over the course of these proceedings.

Evidence-based community research on knowledge translation is necessary to determine the impact on quality of health services and products, and availability and use of cutting-edge research for community programming.

Tous ces centres ont contribué à la préparation du mémoire que nous vous avons remis, et ont fourni des observations qui ont servi à l'analyse des questions et à la rédaction des opinions que le comité nous a demandées. Nous avons examiné les forces et les faiblesses des options qui ont été mises de l'avant pour ce qui est des Premières nations, des Métis et des Inuits. Ainsi, nous vous avons fait part de nos observations et de nos recommandations.

Le facteur déterminant de notre exposé, comme vous le constaterez à la lecture de notre mémoire, repose sur le fait que, si la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie touchent tous les peuples, l'hétérogénéité des peuples autochtones exige des solutions distinctes et propres à ces peuples. La santé mentale est une priorité dans les régions inuites, mais comme l'a souligné M. Gordon, il y a plusieurs domaines qui sont prioritaires. Je ne vais pas entrer dans les détails car l'exposé de M. Gordon était fort éloquent.

Les Premières nations sont confrontées à des problèmes spécifiques d'accessibilité, et reçoivent des services de moindre qualité à cause des barrières culturelles et géographiques. Or, selon nous, les options suivantes ont pour objet de remédier à ces difficultés. La plupart des programmes d'enseignement professionnel au Canada comportent peu d'initiatives de soutien aux Premières nations. Cela contribue sans aucun doute à la pénurie persistante de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels de la santé issus des Premières nations. En outre, certains de ces programmes ne réservent qu'une ou deux places à des candidats des Premières nations, ce qui ne permet pas de constituer un groupe d'étudiants issus des Premières nations qui soit suffisant pour favoriser un apprentissage efficace. En outre, comme l'éducation est un domaine de compétence provinciale, il n'existe aucun système national, ni aucune uniformité au chapitre de l'accès à ces programmes.

La Commission royale sur les peuples autochtones a conclu que les Autochtones doivent disposer d'un soutien financier, scolaire, personnel et familial pour réussir leurs études professionnelles. Or, il leur faut également l'appui d'un noyau d'étudiants autochtones. Le lien qui existe entre l'application des connaissances et la nécessité d'une prestation culturellement adaptée de services et de soutien est reconnu par de nombreuses communautés. Nous savons que les modes de prestation des soins de santé que l'on retrouve dans la société en général répondent à certains besoins mais pas à tous les besoins des peuples autochtones.

Nous savons que les initiatives des 25 ou 30 dernières années destinées aux communautés autochtones n'ont pas produit les résultats escomptés. Nous savons en outre que certaines des données sur la santé des Autochtones sont plus navrantes que jamais auparavant. Je suis certaine que votre comité en a beaucoup entendu parler pendant ces audiences.

Il est nécessaire de mener directement auprès des communautés des recherches sur l'application des connaissances afin de mesurer l'incidence de la qualité des services de soins de santé ainsi que les effets de la disponibilité et de l'utilisation de techniques de recherche de pointe pour la programmation communautaire.

Linked to, but distinct from, increasing the number of First Nations health professionals, are the continued education and training for community workers: mentoring and training focussed on youth and the empowerment of First Nations capacity to design, deliver and control community mental health services.

As I said earlier, there is a very good network in communities of paraprofessionals and nurses, but we have a shortage overall as we do elsewhere in Canada, but it is that much worse in communities. There is a good network of community health representatives and mental health care workers, which, with resources to augment those services, education and training, definitely can make a major contribution.

Further, given that education is a provincial responsibility, there is need for a national system. The Royal Commission on Aboriginal Peoples found that if they are to succeed, this ongoing multi-dimensional element of support is needed.

Further to the First Nations perspective, Canada does not currently collect data on an ongoing basis on the prevalence of mental illness and addictions among Aboriginal people, nor does it have a national suicide-prevention strategy. The following options seek to address these issues. Seek information on the needs of community professionals and paraprofessionals such as health and social workers at the community level. A holistic approach is required, not one specific solution. For example, training programs, curricula and other educational and resource material and services must be available to front-line workers.

Building partnerships with communities is critical in research and program development, which supports First Nations-driven research initiatives. As stated in the First Nations perspective on the Healthy Living Strategy, First Nations-driven research is required on appropriate measures of First Nations health and effective practices for achieving health improvements. The right of First Nations communities to own, control, access and possess information about their peoples is fundamentally tied to self-determination and to the preservation and development of their culture. Far too many First Nations communities are facing crisis situations on a continual basis. I would like to comment that we undertook focus groups in the development of the suicide-prevention tool kit. While it was well received, there is a cry for concrete initiatives and support so that community health workers can address the needs of their people. There has been quite a wait for something that they can take away and use in their day-to-day work because they do not have the access to

La formation permanente et initiale des travailleurs communautaires est une question liée à l'augmentation du nombre de professionnels de la santé issus des Premières nations, mais constitue néanmoins un enjeu distinct. On entend par là le mentorat et la formation axée sur les jeunes, de même que le renforcement des moyens d'action des Premières nations sur le plan de la capacité à concevoir, dispenser et gérer des services communautaires de santé mentale.

Comme je l'ai mentionné précédemment, bien qu'il existe un excellent réseau d'infirmières et d'auxiliaires dans nos communautés, nous sommes confrontés à une pénurie générale de personnel comme c'est le cas ailleurs au Canada, et le manque d'effectif est beaucoup plus grave dans nos communautés. En outre, nous avons un bon réseau de travailleurs en santé communautaire et de professionnels de la santé mentale. Or, s'il s'accompagne des ressources nécessaires pour rehausser les services, l'éducation et la formation, alors il est évident que ce réseau pourra apporter une contribution majeure à la santé de nos communautés.

De plus, comme l'éducation est un domaine de compétence provinciale, nous devons nous doter d'un système national. Selon la Commission royale sur les peuples autochtones, la réussite des Autochtones dépend d'un soutien multidimensionnel constant, entre autres facteurs.

Pour ajouter au point de vue des Premières nations, à l'heure actuelle, le Canada ne recueille pas de données de façon continue sur la prévalence des maladies mentales et des toxicomanies parmi les peuples autochtones. En outre, le Canada n'a pas adopté de stratégie nationale de prévention du suicide. Les options suivantes ont pour objet de remédier à ces problèmes. Il faut recueillir des informations sur les besoins des professionnels et des travailleurs auxiliaires qui oeuvrent dans la communauté, tels que les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux. Ces données doivent être recueillies dans les communautés mêmes. Le Canada doit se doter d'une approche globale, et non d'une solution précise. Par exemple, les programmes de formation, les programmes scolaires et d'autres outils et services pédagogiques ou qui peuvent servir de ressources doivent être accessibles aux intervenants de première ligne.

Il est essentiel d'établir des partenariats avec les communautés concernées pour élaborer des programmes et des protocoles de recherche, lesquels favorisent les initiatives de recherche émanant des Premières nations elles-mêmes. Comme l'indique le point de vue des Premières nations sur la Stratégie pancanadienne de vie saine, les recherches émanant des Premières nations sont un ingrédient essentiel de l'élaboration d'initiatives adéquates de santé autochtones et de l'adoption de pratiques efficaces permettant d'améliorer la santé. Le droit qu'ont les communautés des Premières nations de posséder et de contrôler les informations qui les concernent, et d'y avoir accès, est intimement lié à l'autonomie ainsi qu'à la préservation et au développement de leur culture. Les communautés des Premières nations qui sont perpétuellement confrontées à des situations de crise sont trop nombreuses. J'aimerais souligner que nous avons sollicité la participation de groupes témoins à l'élaboration de notre trousse d'outils sur la prévention du suicide. Bien que cette

professional psychiatric services on a regular basis. In many cases, crisis management commands the lion's share of already strained community resources, and strategic planning or prevention activities are considered a luxury. It is really the need to get at those upstream initiatives and prevention.

While Metis represent about 30 per cent of the total Aboriginal population in Canada, according to the 2001 census, the Metis continue to receive only limited access to Aboriginal health programming delivered by either federal or provincial governments or departments. For example, Metis do not have access to non-insured health benefits offered by Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch. There is a serious need for increased funding and capacity for Metis-specific research and knowledge-translation activities undertaken by, or in partnership with, Metis governments, organizations and communities. A comprehensive research strategy is also needed to determine the extent of mental health and addictions issues and incidents rates, for example, among Metis. Across the board, while we are gathering data and accumulating an evidence base for First Nations and Inuit, Metis lag far behind in gaining initial basic baseline data.

The report notes that the system is highly fragmented. This is a situation known too well to Metis groups. Part of the reason for this fragmentation is that Metis fall under provincial jurisdiction for health, which means as the report says, that Metis have access to programs and services on the same basis as other provincial residents. If you make the link back to the strong case in the previous presentation around the need for a culturally specific approach, that does not fit for Metis, nor does it fit for First Nations or Inuit.

At the same time, Metis have limited access to federal health promotion activities, for example, HIV/AIDS and diabetes initiatives, but not others, a situation that fails to consider the collective inherent rights of Metis as one of the three constitutionally recognized Aboriginal peoples of Canada.

Developing a comprehensive plan for dealing with mental health, mental illness and addictions amongst Aboriginal Canadians, inclusive of Metis, hinges on the awareness of the governments to acknowledge and respect not only the

trousses ait été bien accueillie, les gens réclament à grands cris des initiatives concrètes ainsi que le soutien nécessaire pour que les travailleurs de la santé qui oeuvrent dans les communautés puissent répondre aux besoins des personnes qu'ils desservent. Il y a longtemps que ces professionnels attendent qu'on leur fournisse des outils dont ils pourraient se servir dans leurs tâches quotidiennes car ils n'ont pas accès à des services professionnels de psychiatrie régulièrement. Souvent, c'est la gestion de crise qui absorbe la plus grande part des ressources de la communauté alors qu'elles se font rares. En outre, la planification stratégique tout comme les activités de prévention sont perçues comme étant un luxe. Il est nécessaire de se pencher sur ces initiatives qui interviennent en amont et sur la prévention.

Bien que les Métis constituent environ 30 p. 100 de la population autochtone du Canada, selon le recensement de 2001, les Métis ne bénéficient toujours que d'un accès limité aux programmes de santé qui sont destinés aux Autochtones et qui sont dispensés par les gouvernements ou par des ministères fédéraux ou provinciaux. À titre d'exemple, les Métis n'ont pas droit aux services de santé non assurés offerts par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Le gouvernement doit accroître le financement et les ressources destinés aux recherches et aux activités d'application des connaissances qui sont propres aux Métis et qui sont menées par des Métis ou par des partenariats qui comprennent des gouvernements, des organisations ou des communautés métis. Une stratégie globale de recherche doit également être adoptée afin de déterminer l'état de la situation au chapitre des maladies mentales et de la toxicomanie de même que les taux de prévalence de ces troubles chez les Métis, par exemple. De façon générale, alors que nous recueillons des données et que nous constituons une base de données fondée sur l'expérience des Premières nations et des Inuits, nous accusons un retard pour ce qui est de la collecte de données essentielles de base sur les Métis.

En outre, le rapport souligne que le système est très morcelé. C'est une situation que les groupes métis connaissent trop bien. Ce morcellement tient en partie au fait que la santé des Métis relève de la compétence des provinces, ce qui, comme l'indique le rapport, signifie que les Métis et les autres résidents de la province sont sur un pied d'égalité au chapitre de l'accès aux programmes et aux services. Si l'on établit un lien avec les arguments convaincants présentés dans l'exposé précédent en faveur d'une approche adaptée à la culture de chaque peuple, on se rend compte que cette approche n'existe pas pour les Métis, ni d'ailleurs pour les Premières nations ou les Inuits.

Parallèlement, les Métis ont un accès limité aux activités fédérales de promotion de la santé, comme les initiatives de lutte contre le VIH/sida et le diabète. Cette situation ne vaut pas pour d'autres groupes, ce qui signifie que les droits collectifs inhérents des Métis ne sont pas considérés comme faisant partie des droits fondamentaux des trois peuples autochtones du Canada reconnus dans la Constitution.

Pour élaborer un plan exhaustif traitant de la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie chez les Canadiens autochtones, y compris les Métis, le gouvernement doit reconnaître et respecter non seulement les droits constitutionnels

jurisdictional rights of Metis, but also the concept of health and wellness from a Metis perspective. This includes the provision of services in Aboriginal language and the inclusion of traditional knowledge and healing practices.

In terms of area of interest from the mainstream perspective, we are now receiving many inquiries about how traditional knowledge factors into developing new approaches. When we look back over hundreds of years when mental health was not an issue in the way it is today for Aboriginal communities, we know the link is to traditional ways of living and traditional knowledge and healing approaches that were evident then. We know that, as we speak to our elders and speak to our traditional healers and undertake ceremony and integrate both the traditional aspects of life and the current mainstream ways that assist us as well, that is definitely a link to improved mental health.

The understanding of that is not clear yet. There is not a whole lot of support in terms of traditional knowledge. There are lots of issues related to traditional knowledge such as intellectual property rights, and protecting them. NAHO has put a lot of effort over the last few years, from an Inuit First Nation and Metis perspective, into the area of traditional knowledge and gathering up from our elders and from our traditional healers what was making sense before and trying to integrate it into what we are doing today.

I will comment from the Inuit perspective. The Métis Centre at NAHO has undertaken many areas of emphasis in the area of health and mental health, and is working with the Inuit Tapiriit Kanatami and around research initiatives with other centres and NAHO.

In closing, I want to say that at the beginning we talked about mental health, mental illness and addictions that are of concern to all people, but that diversity is really the notion to which special attention must be paid. Just as we now know that the mainstream approaches do not work, are not totally effective, we know that a cookie-cutter application to the three constitutionally recognized groups is not the answer either. It must be specific to the Nations.

We have strived as an organization to respect this diversity as well. A number of shared concerns or themes arise from the specific analysis in your briefs. For mental health care services to be effective, they must be culturally relevant. Our colleagues in New Zealand, as you see in your reports, have identified that this is a matter of safety. It is not just nice to have. There is a certain element of harm being done by not applying culturally relevant approaches to care.

des Métis, mais également les concepts de santé et de bien-être qui sont particuliers aux Métis. Cela comprend notamment la prestation de services en langue autochtone et l'inclusion des connaissances et pratiques de guérison traditionnelles.

Passons maintenant à une question qui intéresse la société en général : nous recevons actuellement beaucoup de questions au sujet du rôle que jouent les connaissances traditionnelles dans l'élaboration de nouvelles approches. Quand nous retournons en arrière il y a plusieurs centaines d'années, quand la santé mentale ne posait pas le même problème qu'aujourd'hui pour les communautés autochtones, nous constatons que le lien se situe au niveau des modes de vie et des connaissances traditionnelles de même que dans les démarches de guérison qui prévalaient alors. Parce que nous discutons avec nos aînés et avec nos guérisseurs traditionnels, lorsque nous participons à des cérémonies et que nous intégrons les modes de vie traditionnels aux façons de faire actuelles de la société en général, qui nous sont également utiles, alors nous constatons qu'il y a là un lien avec l'amélioration de la santé mentale.

Nous ne comprenons pas encore tout à fait ce lien. Il n'y a pas beaucoup d'appui sur le plan des connaissances traditionnelles. Il y a beaucoup de questions liées aux connaissances traditionnelles, comme ce qui touche aux droits de propriété intellectuelle et à leur protection par exemple. L'ONSA a déployé des efforts considérables au cours des dernières années au chapitre des connaissances traditionnelles des Inuits, des Premières nations et des Métis, afin de recueillir de nos aînés et de nos guérisseurs traditionnels les connaissances qui étaient utiles et pertinentes auparavant, en vue de les intégrer à nos pratiques actuelles.

Je vais vous parler du point de vue des Inuits. Le Centre métis de l'ONSA a entrepris des initiatives dans de nombreux domaines importants de la santé et de la santé mentale, et travaille avec l'Inuit Tapiriit Kanatami et participe à d'autres projets de recherche en collaboration avec d'autres centres et avec l'ONSA.

En conclusion, j'aimerais dire que nous avons commencé par souligner le fait que la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie préoccupent tous les peuples, mais, en réalité, l'hétérogénéité est le facteur sur lequel nous devons nous concentrer. Nous savons que l'approche qui s'applique à la société en général ne produit pas les résultats escomptés ou n'est pas totalement efficace chez les peuples autochtones. En outre, nous savons qu'une démarche unique destinée à ces trois groupes reconnus par la Constitution n'est pas non plus la bonne solution. Toute démarche doit être propre à chaque nation.

Comme organisation, nous avons tout fait pour respecter cette diversité. Les mémoires que vous avez reçus font état de préoccupations communes ou de thèmes communs qui se dégagent des analyses. Pour que les services de soins de santé mentale soient efficaces, il faut qu'ils soient pertinents sur le plan culturel. Comme vous le constaterez dans les rapports qui vous ont été soumis, nos collègues de la Nouvelle-Zélande estiment que c'est une question de sécurité. Il ne s'agit pas simplement d'un élément qu'il serait bon d'inclure dans nos programmes. Dans une

I draw on an example from an Inuit elder who participates regularly in our NAHO proceedings as a board member. She said it all for me one day when she talked about the suicide of youth in her community. In the experience of this youth in attending school, he did try. He was a young boy. He went to school. He could not identify with what was being taught to him. He felt — I guess I would summarize to say — that it impacted his self esteem. What he was learning did not make sense. His environment did not fit his learning needs. He came away with the idea that he was the problem. When you think about the impact on that child's well being and his ability to think that he can achieve something in his life, what happened in that situation was a tragedy.

Do we make the connection to that learning environment and how it contributed to his mental health? Do we understand the research that is needed to explore those kinds of things? It was a very poignant story that brought it all home as to the problems in the north.

To have a fundamental impact on the mental health of Aboriginal peoples, a number of changes or actions must take place. Policies, programs and procedures developed by the government need to be respectful and inclusive of all First Nations, Métis and Inuit concepts of health and healing. Research must be driven, and where possible conducted, by First Nations, Metis and Inuit communities and individuals in accordance with the concepts of ownership, control, access and possession, OCAP.

The development and training of First Nations, Metis and Inuit mental health paraprofessionals, professionals and researchers must be a priority.

The Chairman: We now have John Service, who is the Chair of the Board of the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, CAMIMH, and Phil Upshall, who is the National Executive Director.

Mr. Phil Upshall, National Executive Director, Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health: We have wonderful ongoing relationships with this committee and I am pleased to report that we will be there for you to the end. I did want to tell you, chair and the others, that we are currently working on the report on mental illnesses for 2005. It is a build up of the 2002 report. I raise it at this stage, outside our submission itself, because we have enhanced the report on mental illnesses to a large extent. It will include a chapter on First Nations and Inuit Mental Health. Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch, FNIB, has contracted, and is funding, that process.

certain mesure, les peuples autochtones souffrent de l'absence d'une approche adaptée à leur culture en matière de soins de santé.

À titre d'exemple, je vais vous parler de ce que nous a raconté une aînée inuite qui participe régulièrement à nos réunions comme membre du conseil. Elle m'a fait part de cet exemple pendant qu'elle parlait du suicide d'un jeune dans sa communauté. Ce jeune a réellement voulu aller à l'école. C'était un jeune garçon. Il est allé à l'école. Il n'a pas pu s'identifier à ce qu'on lui enseignait. Pour résumer, j'imagine que je dirais que ce sentiment a eu des répercussions sur l'estime qu'il avait de lui-même. Il n'arrivait pas à comprendre ce qu'on lui enseignait. Le contexte scolaire ne répondait pas à ses besoins d'apprentissage. Il en a conclu que c'était lui qui était la source du problème. Il suffit de songer aux répercussions d'une telle situation sur le bien-être de cet enfant et sur sa capacité à imaginer qu'il pouvait réussir quoi que ce soit dans la vie pour se rendre compte que le dénouement de cette situation a été tragique.

Établissons-nous un lien entre le contexte d'apprentissage et l'effet qu'il a eu sur la santé mentale de cet enfant? Comprenons-nous qu'il faut effectuer des recherches pour mieux connaître ces phénomènes? C'est un récit très touchant qui illustre très bien les problèmes que vivent les habitants du Nord.

De nombreux changements doivent être apportés et de nombreuses initiatives doivent être entreprises afin que le dossier de la santé mentale des peuples autochtones progresse de façon significative. Les politiques, programmes et procédures adoptés par le gouvernement doivent respecter et inclure tous les concepts des Premières nations, des Métis et des Inuits au sujet de la santé et de la guérison. Ce sont les Premières nations, les Métis et les Inuits qui doivent initier et, si possible, effectuer les recherches qui les concernent, comme collectivités ou comme particuliers. Les recherches doivent être menées conformément aux principes d'appropriation, de contrôle, d'accès et de possession.

La formation et le perfectionnement de professionnels, d'auxiliaires et de chercheurs issus des Premières nations ainsi que des communautés métisses et inuites oeuvrant dans le domaine de la santé mentale doivent être un objectif prioritaire.

Le président : Nous cédon maintenant la parole à John Service, président du conseil d'administration de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, ainsi qu'à Phil Upshall qui est le directeur exécutif national de cette organisation.

M. Phil Upshall, directeur exécutif national, Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale : Nous entretenons d'excellentes relations avec votre comité et je suis ravi de vous annoncer que nous serons toujours à votre disposition. Je tiens à vous indiquer, monsieur le président et membres du comité, que nous rédigeons actuellement notre rapport sur les maladies mentales pour l'année 2005. Ce rapport s'appuie sur celui de 2002. Je vous en parle maintenant, avant de prononcer mon exposé, car nous avons enrichi notre rapport sur les maladies mentales. En effet, il comprendra un chapitre sur la santé mentale des Premières nations et des Inuits. La Direction générale de la

Dr. Jeff Reading from the Institute of Aboriginal Peoples' Health of the Canadian Institutes of Health Research has agreed to do some of the funding as well. I thought you and our colleagues here would be interested in that.

I will cut much out from what I planned to say because it is all before you in the report and because I have had the opportunity to be here before, and Dr. John Service was here last night. He did an eminent job, as I understand. I wanted to emphasize for the record that the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, CAMIMH, is the largest and most comprehensive alliance on national mental health and illness issues. I have added an appendix with our new members. We have as one of our new members the Canadian Healthcare Association. Also, the chiefs of police have joined us in dealing with their mental health committee. We are pleased to have that broader characteristic available to us as we move forward.

In terms of the strengths and weaknesses of your report, I would be remiss if I said that there are no weaknesses. It is a truly strong report. At CAMIMH, we have analyzed it well and we think it hits the mark on almost every major aspect that you have attempted to deal with. We will not deal with the strengths.

In terms of the analysis that we have to talk about, the report based the discussion of mental health and mental illness on the needs of the population, which we think is the right way, and not the needs of institutions and providers. The patient must be at the center and you recognized that. There must be a partnership of some description between the services and the professionals. We have to recognize the consumer's voice as a legitimate contributor to the dialogue and to the implementation of any successful plan of action. The call for improved access to services is absolutely essential. You note obviously that there has been a historic underfunding. There are serious shortages in health, human resources and so on. You are right on.

Our major concern, if we have a concern, is that it is so good and detailed that governments of the day, provincial and otherwise, have the opportunity to cherry-pick some of your options. The Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health advocates for an overarching national action plan. Within that plan, all the elements of your report should exist. Our big worry is, and it has happened in other provinces and territories, the larger, more powerful voices come in and cherry-pick a particular program and say, "This is great," and it is funded. A large majority, or a large minority, of people would say that you have looked after my interests, I will not worry about anybody

santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada nous a demandé de faire ce travail et a consenti à en financer une partie. En outre, le Dr Jeff Reading, qui est membre de l'Institut de la santé des Autochtones, soit l'un des instituts de recherche en santé du Canada, a également contribué au financement de ce projet. Je me suis dit que vous et vos collègues aimeriez le savoir.

Je vais limiter mes observations parce que ce que j'ai à dire est contenu dans le rapport que j'ai sous la main et parce que j'ai déjà eu l'occasion de comparaître devant vous. En outre, le Dr John Service a témoigné hier soir. Il a d'ailleurs fait un excellent témoignage, d'après ce que je comprends. Je veux souligner pour les fins du compte rendu que l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale est le regroupement le plus important et le plus exhaustif qui s'occupe de questions nationales de santé mentale et de maladie mentale. J'ai d'ailleurs ajouté une annexe qui contient le nom de nos nouveaux membres. Parmi eux figure l'Association canadienne des soins de santé. En outre, les chefs de police se sont joints à notre organisation par l'entremise de leur comité sur la santé mentale. Nous sommes très heureux de bénéficier de cette représentation élargie pour mener nos activités.

Pour ce qui est des forces et des faiblesses de votre rapport, il ne serait pas tout à fait exact de dire qu'il ne contient pas de faiblesses. Il s'agit d'un rapport vraiment très solide : les membres de notre organisation l'ont analysé en profondeur et nous croyons qu'il contient des observations tout à fait pertinentes et utiles sur presque tous les aspects clés dont vous avez traité. Ainsi, nous n'allons pas parler des points forts de votre rapport.

Concernant les résultats de notre analyse sur lesquels nous devons nous prononcer, le rapport est axé sur les besoins de la population en matière de santé mentale et de maladie mentale, et nous croyons que c'est la démarche qu'il faut privilégier au lieu de se concentrer sur les besoins des institutions et fournisseurs de soins de santé. Le patient doit être au cœur de nos préoccupations et vous l'avez reconnu. Il doit exister un partenariat dont on précise les modalités dans une certaine mesure entre les services et les professionnels. Il faut reconnaître que le consommateur peut légitimement contribuer au dialogue et à la mise en œuvre d'un plan d'action aussi. Il est essentiel de réclamer une accessibilité accrue aux services. Évidemment, vous constatez qu'il y a un problème chronique de sous-financement. Vous faites également état des graves pénuries dans le domaine de la santé, pour ce qui est des ressources humaines, et cetera. Vous avez tout à fait raison.

Notre seule préoccupation, si on peut la qualifier de préoccupation, tient au fait que votre rapport est si bon et détaillé que les gouvernements au pouvoir, qu'ils soient provinciaux ou autres, ont la possibilité de ne retenir que certaines des options que vous proposez. L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale préconise l'adoption d'un plan d'action global à l'échelle nationale. Tous les éléments de votre rapport devraient être compris dans ce plan. Ce que nous craignons, et cela s'est produit dans d'autres provinces et territoires, c'est que les intervenants les plus importants et les plus puissants choisissent un programme précis, excellent, et le

else's. Our concern is that you continue to recognize the overarching necessity of a national action plan.

Our preferred option is a national action plan that is developed by a distinguished blue-ribbon panel including consumers, patients and families, which will advise the policy work of the federal, provincial, and territorial governments. We think that this is an essential element of a national strategy. It should be developed with the support of an office of mental health in the federal government that reports to a minister of state for mental health, who in turn reports through the Minister of Health to Parliament.

That is a suggestion. If we are able to get a minister of wellness similar to the minister of wellness in Manitoba, by persuading the federal government of the necessity for a larger, very powerful office that has the authority to bring everything together, such as health, social, disability, corrections and Aboriginal issues, that is what we would like to see.

We think the national strategy must be the result of a process of negotiation between federal, provincial and territorial stakeholders. The blue ribbon panel that is engaged in its inception should be an ongoing panel to give advice about implementation, and again it should be inclusive.

The national action plan and everything will fail if we do not have a modeled good behaviour by the federal government. It must take the initiative in setting the bar high for provincial and territorial governments to respond to the issues that our communities require.

If it starts to say, "You have to do this and you have to do that," without addressing its own issues within the Aboriginal communities and other distinct federal jurisdictions, then we think the national action plan will fail. We believe that within the delivery of services and supports, a patient-centred model is the best way to go. I will now turn it over to Dr. Service, who will talk quickly about the delivery of services and supports.

I did want to tell you that we are in the process of undertaking focus groups across Canada in conjunction with the Canadian Collaborative Mental Health Initiative. I just got some interesting information from Whitehorse this morning, and I would be happy to provide the information to the committee at a later date.

financent. Dans ce cas, la grande majorité, ou, à tout le moins, une importante minorité de la population, se dira qu'on a tenu compte de ses intérêts et donc qu'il n'est pas nécessaire de se préoccuper des intérêts d'autres groupes. Notre préoccupation tient au fait que nous souhaitons que vous continuiez de reconnaître la nécessité d'un plan d'action global à l'échelle nationale.

L'option que nous privilégions consiste en un plan d'action national qui serait élaboré par un groupe d'intervenants éminents et reconnus comprenant des consommateurs, des patients et leurs familles. Ce groupe fournirait des conseils aux responsables de l'élaboration des politiques au sein des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Nous croyons qu'il s'agit d'un des éléments essentiels d'une stratégie nationale. Les rédacteurs de ce plan devraient bénéficier de l'appui d'un bureau de santé mentale faisant partie du gouvernement fédéral et relevant d'un ministre d'État responsable de la santé mentale, lequel présenterait un rapport au Parlement par l'entremise du ministre de la Santé.

C'est une suggestion. Si nous pouvions obtenir un ministre responsable du mieux-être, comme c'est le cas au Manitoba, en persuadant le gouvernement fédéral qu'il doit se doter d'un organisme plus important et très puissant pour rassembler les questions concernant la santé, les enjeux sociaux, les incapacités, les services correctionnels et les questions autochtones, alors ce serait la solution que nous préconiserions.

Nous croyons que cette stratégie nationale doit être le résultat d'un processus de négociation entre les intervenants fédéraux, provinciaux et territoriaux. Le groupe de spécialistes distingués qui participeraient à la conception du plan devrait être permanent afin de fournir des conseils sur sa mise en œuvre. En outre, je le répète, ce groupe devrait représenter tous les intérêts.

Le plan d'action national et toute autre mesure sont voués à l'échec si le gouvernement fédéral n'établit pas de modèle de comportement. Le gouvernement fédéral doit prendre les devants et établir des normes strictes auxquelles les gouvernements provinciaux et territoriaux devront obéir en ce qui a trait aux initiatives qui ont pour objet de répondre aux besoins de nos communautés.

Si le gouvernement fédéral oblige les autres paliers de gouvernement à prendre des mesures sans résoudre les problèmes qui existent dans les communautés autochtones et dans d'autres domaines qui relèvent de la compétence fédérale, alors nous croyons que le plan d'action national sera un échec. Nous croyons qu'un modèle axé sur le patient est la voie à suivre au chapitre de la prestation de services et de soutien. Je vais maintenant céder la parole au Dr Service, qui vous parlera brièvement de modes de prestation de ces services et de programmes de soutien.

Je tiens à ajouter que nous nous employons actuellement à réunir des groupes témoins de concert avec l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Je viens de recevoir des informations intéressantes en provenance de Whitehorse, ce matin, et je serai ravi de communiquer ces renseignements au comité ultérieurement.

The Chairman: When do you expect to have the results from the focus groups?

Mr. Upshall: Probably the first week of May. Once we complete that particular aspect, you might wish to meet with the group that has been out there.

The Chairman: That is where I was headed. Can I leave it with you to contact our staff?

Mr. Upshall: Absolutely.

Mr. John Service, Chair, Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health: I will keep this brief by saying that we have responded to all the sections in report number 3. We are prepared today to talk about funding, health, human resources specific to mental health, early detection and prevention, and the recovery model versus the population health model. Any of the questions that you have asked, we are prepared to respond to today.

[Translation]

Senator Gill: The definition of mental illness is probably the same everywhere, whether you are talking about the First Nations or non-Aboriginal people.

Because of the general context within which most people live, and the changing way of life, I wonder if, for First Nations, for the Inuit, we can use the same definition of mental illness that applies to those who are not Aboriginal?

We have seen results in Aboriginal communities, including my own — I live in northern Quebec — on the North Shore of the St. Lawrence, and in Labrador. My group, the Inuit, are from that area, and we have witnessed a large number of suicides in our community. It varies from one community to the next, but often, it is three, four, or even five times higher than the non-Aboriginal average. I do not think that this is necessarily due to mental illness. I think it is a modern malady that the Aboriginal people began to experience, a few years ago. I wonder if this is not due to the integration, or even assimilation policy to educate Aboriginal and First Nations people. We have seen a considerable mobilization of youth leaving the North to go to school in the south and then, they return to their respective environments without having adapted to the non-Aboriginal world. They are very disturbed. Integration has failed and young people have been torn from their environment. The way of life, the housing, economic development, everything was turned upside down. We have to understand the reason for the high suicide rate among Aboriginal people. I do not think it is because there is more mental illness there than elsewhere, although that may be the case now, because of some of the situations that I have just outlined. Nevertheless, suicide in our community is a terrible scourge. When it begins, there is an increase in suicides among young people, and particularly among young men.

Le président : Quand croyez-vous obtenir les résultats des groupes témoins?

M. Upshall : Probablement dès la première semaine de mai. Une fois que nous aurons mené ce projet à terme, vous voudrez peut-être rencontrer le groupe qui s'est occupé des groupes témoins.

Le président : C'est là où je voulais en venir. Puis-je vous demander de communiquer avec notre personnel?

M. Upshall : Absolument.

M. John Service, président, Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale : Je serai bref. Je me contenterai de vous dire que nous avons réagi à toutes les sections du rapport n° 3. Aujourd'hui, nous sommes prêts à vous parler de financement, de santé, de ressources humaines dans le domaine de la santé mentale, de détection précoce et de prévention ainsi que du modèle de rétablissement par opposition au modèle de la santé de la population. Nous sommes prêts à répondre à toutes les questions que vous souhaitez nous poser aujourd'hui.

[Français]

Le sénateur Gill : La définition de la maladie mentale est probablement la même partout autant chez les Premières nations que chez les non autochtones.

À cause du contexte général dans lequel la plupart des populations vivent, et du mode de vie qui a été transformé, je me demande si, pour les Premières nations, les Inuits, on peut parler de maladie mentale de la même façon que pour les non autochtones?

Les résultats constatés dans les communautés autochtones, y compris dans la mienne — je demeure au nord du Québec, sur la Côte-Nord du Saint-Laurent et au Labrador. Mon groupe, les Innus, vient de ce territoire et nous avons beaucoup de suicides dans notre communauté. Cela varie d'une communauté à l'autre, mais assez souvent, c'est trois, quatre et même cinq fois plus élevé que la moyenne non autochtone. Je ne pense pas que cela soit dû, si on veut le considérer comme tel, à une maladie mentale. Je dirais plutôt que c'est une maladie moderne qui est arrivée il y a quelques années chez les Autochtones. Je me pose la question à savoir si cela n'est pas dû à une politique d'intégration, voire d'assimilation, voulant que les Autochtones, les Premières nations, deviennent éduquées, instruites. On a vu une mobilisation considérable de tous les jeunes qui partent du Nord vers les écoles du sud et ensuite, qui retournent dans leur milieu respectif sans adaptation dans le milieu non autochtone. Ces jeunes vivent de grands malaises. L'intégration a échoué et on a désintégré des jeunes dans leur milieu. Le mode de vie, l'habitation, le développement économique, tout a été chambardé. Il faut comprendre pourquoi il existe un taux de suicide si élevé dans le milieu autochtone. Je ne crois pas que la maladie mentale soit plus élevée — elle l'est peut-être maintenant, dû à certaines choses que l'on vient de mentionner — qu'ailleurs. Par contre, les suicides dans nos communautés représentent un fléau considérable. Quand cela commence, il y a une escalade du suicide chez les jeunes et particulièrement chez les jeunes hommes.

In order to correct these problems, we have to know the reason for them. I would like to know what you think about that. Is it the same in northern communities, in Nunavik, in Nunavut, or in Metis or western communities? Is it not the same phenomenon: disintegration, attempts at integration and significant failures? Young people fall between the cracks, do not know what to do and feel completely devalued. There is no longer any hunting, fishing or trapping: the traditional ways no longer exist. What can be done about that?

[English]

Ms. Downey: Senator, I would have to say that in my travels with the work of NAHO, we engage on many different levels with health professionals and policy makers. If I started out every conversation with questions such as yours, we would be much further ahead. You have astutely acknowledged some of the key reasons as to why the situation is what it is. Your words are not too dramatic. There is a scourge. It is a crisis.

If we had these rates of suicide in some of our urban areas in mainstream communities, there would be headlines in the paper every day. While we have a general awareness, it is comments like yours that we need to advance the awareness for policy makers, for research, for our colleagues and for our partner organizations in this area. I commend you for really zeroing in on what some of the factors are related to.

I undertook an interview with a newspaper recently. Oftentimes I find myself in this situation, and I call it Cultural Factors 101 Related to Aboriginal People. While there is a peripheral understanding of the impact of assimilative policies over the last 300 years for Aboriginal people, we have to understand that many health professionals do not have an understanding and awareness of the relationship between what Aboriginal people experienced in relocation efforts, residential school systems, taking away their traditions, their languages and their way of life essentially, and how that translates today in the modern world. It is sometimes referred to as a trickle-down effect, and that must be taken into consideration.

When we look at what has to happen systemically, our health professionals need to be trained differently, which means that the governing bodies in universities and other institutions need to be aware. We need to have champions there. We need to have the licensing bodies of our health professionals aware so that they support it in that mechanism. We need to have opportunities in their training and residencies to undertake and work with these groups. That is one area of systemic change that needs to happen.

This newspaper reporter said to me, "Did that not happen a long time ago? Why are we still talking about that today? What are the current reasons?" It was well intentioned to try to get to

Afin de pouvoir apporter des remèdes à ces maux, il faut connaître le raison de ces maux. Je vous demande votre évaluation à ce sujet. Est-ce la même chose dans les communautés du nord, que ce soit au Nunavik, au Nunavut, dans les communautés métis ou les communautés de l'ouest? Ne s'agit-il pas du même phénomène; une désintégration, une tentative d'intégration, des échecs considérables? Les jeunes se retrouvent assis entre deux chaises, ne savent plus quoi faire et sont complètement dévalorisés. Il n'y a plus de chasse, plus pêche, plus de trappe : les modes traditionnels, c'est fini. Que fait-on avec cela?

[Traduction]

Mme Downey : Sénateur, je vous répondrai que par nos déplacements dans le cadre des travaux de l'ONSA, nous avons des discussions de différentes natures avec les professionnels de la santé et les responsables des politiques publiques. Si je commençais chaque conversation en posant des questions comme les vôtres, nous serions beaucoup plus avancés. Vous avez judicieusement cité certaines des raisons clés qui expliquent la situation actuelle. Vos propos ne sont pas exagérés. Il s'agit d'un fléau. C'est une crise.

Si ces taux de suicide existaient dans certaines de nos zones urbaines des communautés non autochtones, les journaux en parleraient chaque jour en manchettes. Bien que la société soit sensibilisée de façon générale, ce sont des commentaires comme les vôtres qu'il nous faut pour sensibiliser encore davantage les responsables des politiques, les chercheurs, nos collègues et les organisations qui sont nos partenaires dans ce domaine. Je vous félicite d'avoir cerné si justement certains des facteurs connexes.

On m'a interviewée pour un journal récemment. Ce genre de situation se produit assez souvent; c'est ce que j'appelle « Facteurs culturels 101 concernant les peuples autochtones ». Si l'on comprend vaguement les répercussions qu'ont eues les politiques assimilatrices sur les Autochtones pendant les quelque 300 dernières années, nous devons comprendre que beaucoup de professionnels de la santé ne comprennent pas et ne saisissent pas la relation entre ce qu'ont subi les peuples autochtones à cause des efforts de relocalisation, les systèmes de pensionnat, menant essentiellement à la perte de leurs traditions, de leurs langues et de leur mode de vie et ce que tout cela a à voir avec notre monde moderne. On dit parfois qu'il s'agit d'un effet de retombée et il faut en tenir compte.

Au vu de ce qui doit se produire au sein du système, nos professionnels de la santé doivent suivre une formation différente, ce qui signifie que les têtes dirigeantes des universités et autres institutions doivent en être conscientes. Il nous faut des champions dans leurs rangs. Les organismes de réglementation professionnelle qui régissent nos professionnels doivent en être conscients pour pouvoir agir en conséquence. Nous devons avoir la possibilité de travailler de concert avec ces groupes lors de leur formation et de leur période de résidence. Voilà un des changements systémiques qui doit s'effectuer.

Le journaliste m'a dit : « Tout cela s'est produit il y a longtemps, n'est-ce pas? Pourquoi en parlons-nous encore? Quelles en sont les raisons actuelles? » L'intention était bonne :

the bare bones of it because that happened in the past, but we are still experiencing the impact of that. When you talk about mental health, you look at healthy families. You see they have ways to support themselves, a sense of purpose in their life, and a job that they feel they can make a contribution to. They can undertake their ways of life and not be restricted by restrictions on hunting, as an example, so that they can teach those traditions to their youth and their youth then can go forward. That is what mental health is all about for communities.

One of the activities we have undertaken at NAHO is the youth role-model program. We are in our second cycle of it this year where 12 youth from across Canada — First Nations, Inuit and Metis — have been chosen by youth to go out to community events and promote how they were successful in becoming a nurse, an athlete or obtaining degrees in education, so that they can bring that message to youth. It costs a lot of money to do that. The resources committed to it, while somewhat improved, are not enough. As we undertake our evaluation, we hope to put those things forward.

I also wish to comment that the flexibility in support is to know that different approaches will yield different results. My profession is nursing. Most recently I was asked to undertake, as part of my studies, an internship in an urban health centre. I was required to work within the health centre, and I proposed to take part in a First Nations women's drumming group. I wanted that experience to understand what the impact of that drumming group could have on the mental health of the women who were participating.

I have worked in mainstream mental health for over 20 years. There are approaches there, and medications and counselling that do work. What I wanted to understand is what can make a difference for these women. In the first four sessions, nobody talked about their problems. Nobody really talked too much about what was going on in their lives. Over the 12 weeks, as they learned to understand the traditions of drumming and singing and what that meant as part of their cultural background, what I had towards the end of the group was women who were weeping, who were then able to release and vent and talk about what has been making them depressed for many years, and why they have been through psychiatric cycles in the mainstream system where nobody seems to understand why they are not getting better.

At the end of the 12 weeks in this drumming group, you had a bonding amongst those women, smiles on their faces and a healthier approach to their life. I do not know the impact on a day-to-day basis because I did not go that far. I know that after 15 years of working in a psychiatric system, that I think does good work, what I saw made a difference. It is because that urban Aboriginal health care centre facilitated that. We had a room and money to buy drums for the women. We could offer snacks and child care for their families and bus tickets to go home. That urban health care centre is supported to do that. That is the initiative, innovation and support required. I am sure if we

Essayer d'en saisir les raisons essentielles parce que tout cela est arrivé dans le passé, mais nous en subissons toujours les contrecoups. Lorsqu'on parle de santé mentale, on se tourne du côté des familles en bonne santé. Ces familles trouvent le moyen de subvenir à leurs besoins, elles ont un but dans la vie, elles ont un emploi qui leur permet de contribuer à la société. Elles peuvent vivre leur vie sans être empêchées de le faire à cause des restrictions sur la chasse, par exemple, et elles peuvent enseigner leurs traditions à leurs enfants et leurs enfants peuvent alors poursuivre sur la même lancée. C'est ça, la santé mentale pour une communauté.

L'ONSA propose, entre autres choses, un programme de modèle d'identification à l'intention de la jeunesse. Nous entamons le deuxième cycle de ce programme cette année et 12 jeunes d'un peu partout au Canada — Premières nations, Inuits et Métis — ont été choisis par leurs pairs pour participer à divers événements communautaires pour expliquer comment ils ont réussi en devenant soit infirmières, soit athlètes, soit enseignants afin que ce message soit transmis à la jeunesse. Ça coûte cher, faire tout cela. Les ressources qu'on peut y consacrer, si elles ont augmenté, ne suffisent toujours pas. En entreprenant notre évaluation, nous espérons pouvoir améliorer les choses.

Afin que le soutien offert soit souple, il faut savoir qu'on obtiendra des résultats différents selon les méthodes employées. Je suis infirmière de profession. Récemment, mon programme d'études m'a amenée à participer à un stage dans un centre urbain de santé. Je devais travailler dans ce centre de santé et j'ai proposé de participer à un cercle de tambours de femmes des Premières nations afin de comprendre quelles pouvaient en être les répercussions sur la santé mentale des participantes.

J'ai œuvré en santé mentale ordinaire pendant plus de 20 ans. À ce niveau, il y a des approches, des médicaments et des relations thérapeutiques qui donnent de bons résultats. Je cherchais cependant à comprendre ce qui peut faire une différence dans la vie de ces femmes. Pendant les quatre premières séances, personne n'a parlé de ses problèmes. Aucune ne voulait vraiment parler de ce qui se passait dans sa vie. Pendant les 12 semaines, ces femmes ont appris à comprendre les traditions du tambour et du chant et leur signification culturelle pour elles. Je me suis retrouvée, vers la fin, avec un groupe de femmes qui pleuraient, qui réussissaient enfin à se laisser aller, à se soulager et à parler de ce qui les déprimait depuis tant d'années et pourquoi elles avaient participé à des cycles psychiatriques du système ordinaire où personne ne semblait comprendre pourquoi leur état ne s'améliorait pas.

Après 12 semaines avec ce cercle de tambour, les femmes avaient formé des liens affectifs entre elles, elles souriaient et elles abordaient la vie de façon plus saine. Je ne sais pas quelles en ont été les répercussions au quotidien parce que je ne suis pas allée jusque-là. Je sais qu'après 15 ans de travail dans un milieu psychiatrique qui donne d'assez bons résultats, j'ai constaté qu'il y avait une différence. C'est parce que ce centre urbain de soins de santé pour Autochtones nous a aidés. Nous avions une salle et de l'argent pour acheter des tambours pour les femmes. On pouvait leur offrir un goûter, un service de garderie et des billets d'autobus pour leurs déplacements. Ce centre urbain de soins de santé a les

undertake a First Nations and Inuit strategy development, we can share those other success stories because they are out there. Working with our partner groups to integrate both of those approaches will make a difference.

Mr. Gordon: Just a couple of items to add on to what Ms. Downey said. The question that came up was the definition of mental illness. I know in the Inuit culture, we try not to talk about illness. We want to become mentally well. The terms do make a difference.

You spoke about taking students out of the North and flying them south to become educated in the South and then going back. Many times when people leave the North and come back, there is no work for them. They have received an education and a degree, but there is no work for them. They become engineers. The only work that they can actually do is in the South because of their training and background. We lose many people that way because there is no infrastructure or jobs available in their area of expertise.

For Inuit to work and become productive members of society, many times they have to move away from home. That dilemma is facing our young students now.

[Translation]

Senator Gill: I think it is very important to determine what the illness is before introducing remedies. It is important to get the right diagnosis. I think this is a major problem in assessing the situation facing First Nations communities.

Senator Pépin: In the document you presented, there is a reference to a national suicide prevention strategy. The paper states that this strategy should be developed jointly with the First Nations, health and social affairs professionals, seniors, young people and other interested parties. You say that the strategy should reflect particularly the needs of the First Nations people and should respect the knowledge that exists within each community.

Does that mean that at the moment, the proposal does not reflect what you call for in your brief? These strategies and developments would be determined by other professionals, not from the Aboriginal or Innu communities? That is at the top of page 9 of your presentation.

[English]

Ms. Downey: Your question, if I understand correctly, is about the statement that was made here that it must be done in conjunction with First Nations leaders. You are asking to clarify: Does that mean that it is not happening now?

Senator Pépin: Yes.

ressources pour le faire. C'est ce genre d'initiatives, d'innovations et de ressources qu'il nous faut. Je suis sûre que si nous mettons sur pied une stratégie de développement pour les Premières nations et les Inuits, nous pourrions partager ces autres cas de réussite parce qu'il en existe. Travailler de concert avec les autres groupes du partenariat pour intégrer ces deux approches nous aidera à améliorer les choses.

M. Gordon : J'aimerais ajouter à ce qu'a dit Mme Downey. Il a été question de la définition de la maladie mentale. Je sais que dans la culture inuite, on ne parle pas de maladie. Nous voulons être en bonne santé mentale. Les mots font une différence.

Vous avez parlé d'envoyer les étudiants du Nord vers le Sud afin de parfaire leurs études pour qu'ils puissent ensuite retourner chez eux. Bien souvent, lorsque les gens partent du Nord pour revenir ensuite, ils n'y trouvent pas de travail. Ils ont suivi des cours, ils ont un diplôme, mais il n'y a pas de travail pour eux. Ils deviennent ingénieurs. Le seul travail qu'ils peuvent trouver, c'est dans le Sud, à cause de leur formation et de leurs antécédents. Nous perdons beaucoup de nos gens ainsi parce qu'il n'existe ni infrastructure ni emploi dans leur domaine d'expertise.

Pour que les Inuits puissent travailler et devenir des membres productifs de la société, ils doivent souvent s'exiler. C'est le dilemme auquel font face maintenant nos jeunes étudiants.

[Français]

Le sénateur Gill : Je pense qu'il est très important de connaître la maladie avant d'y apporter des remèdes. Il faut faire un bon diagnostic. Je pense que c'est un problème majeur pour l'évaluation de la situation dans le milieu des Premières nations.

Le sénateur Pépin : Dans le document que vous nous avez présenté, on parle d'une stratégie nationale de prévention du suicide. On dit qu'on devrait élaborer cette stratégie conjointement avec les gens des Premières nations, les professionnels de la santé et des affaires sociales, les aînés, les jeunes ainsi que les autres parties intéressées. On dit que cela devrait refléter particulièrement les besoins des Premières nations avec le respect des connaissances existant au sein de chaque communauté.

Est-ce que cela veut dire qu'actuellement, ce qui est proposé ne reflète pas ce que vous demandez dans votre mémoire? Les stratégies et les développements seraient faits par d'autres professionnels qui ne seraient pas des communautés autochtones ou innues? C'est à la page 9 de votre présentation, en haut de la page.

[Traduction]

Mme Downey : Si j'ai bien compris votre question, il s'agit de la déclaration qu'on a entendue ici et selon laquelle cela doit se faire de concert avec les chefs des Premières nations. Vous demandez un éclaircissement. Est-ce que cela veut dire que cela ne se fait pas maintenant?

Le sénateur Pépin : Oui.

Ms. Downey: There would be a couple of factors. Oftentimes in federal initiatives, federal-provincial-territorial initiatives, that are quite complex, cumbersome, and expensive in some ways, the needs of First Nations, Inuit and Metis may come through and be a tag-on to that proceeding.

It is important to share that information together and to understand, similar to what we are doing here today. However, the enriched information you received, where it is specific to First Nations, Inuit and Metis, is much different. We need to continue to talk together, but the degree that you need to understand the specifics of the three constitutionally recognized groups is paramount as well.

[Translation]

Senator Pépin: My question is to the doctors. You state on page 7 of your brief:

[English]

Currently services are scarce and over-demanded and often they are not attractive to Canadians they aim to help. By consequence they are all too often avoided. This must change in all our communities across Canada.

[Translation]

Which services should be changed or improved? Further on in your brief, you talk about human resources. You say that you have a great deal of trouble attracting students in the area of psychiatry. You give a few reasons and you say:

[English]

As a result lower-income Canadians do not have the same access as the wealthy neighbour.

[Translation]

What difficulties are experienced by students who want to go into psychiatry or psychology compared to others who want to go into other areas of medicine?

[English]

Mr. Service: Your first question is extremely important. If we look at just one group, that is young adults, and we ask young adults why they do not access mental health services, they will often tell us it is because they are in large hospitals, because they are in settings that they feel very uncomfortable going to. They are not in the kind of settings you might get in a downtown service centre such as Operation Go Home or something like that, that is more designed for an older adolescent or young adult so that they feel comfortable in the surroundings. The way we position our services often dictates that they will not use them very effectively. That is a serious issue. You wanted to ask something.

Mme Downey : Il y a plus d'un facteur. Souvent, au niveau des initiatives fédérales, des initiatives fédérales-provinciales-territoriales, qui sont plutôt complexes, lourdes et coûteuses à certains égards, les besoins des Prem  res nations, des Inuits et des Métis sont peut-être perçus et rajoutés après coup.

Il est important de partager ces renseignements ensemble et de nous comprendre, un peu comme ce que nous faisons ici aujourd'hui. Cependant, l'information enrichie que vous avez reçue, qu'il s'agisse de Prem  res nations, d'Inuits ou de Métis, est très différente. Nous devons continuer de nous parler, mais il est de la plus haute importance que vous compreniez le mieux possible les besoins précis de ces trois groupes reconnus dans la Constitution.

[Français]

Le sénateur Pépin : Messieurs les médecins, à la page 7 de votre mémoire, il est dit :

[Traduction]

   l'heure actuelle, les services sont rares et trop sollicités et ne semblent pas attrayants pour les Canadiens à qui ils sont destinés. On tend donc à trop souvent les éviter. Cela doit changer dans toutes nos communautés à travers le Canada.

[Français]

Quels sont les services qui devraient être changés ou améliorés? Un peu plus bas dans votre mémoire, on parle des ressources humaines. Il y est mentionné que vous avez beaucoup de difficultés à attirer les étudiants dans le domaine de la psychiatrie. Vous donnez quelques raisons et vous dites :

[Traduction]

Le résultat, c'est que les Canadiens moins bien nantis n'ont pas le même accès que leurs voisins plus riches.

[Français]

Quelles sont les difficultés vécues par les étudiants qui veulent se diriger en psychiatrie ou en psychologie par rapport aux autres qui veulent aller dans d'autres disciplines de la médecine?

[Traduction]

M. Service : Votre première question est extrêmement importante. Si nous ne prenons qu'un seul groupe, c'est-  dire les jeunes adultes, et que nous demandons à ces derniers pourquoi ils n'ont pas recours aux services de santé mentale, ils répondront très souvent que c'est parce que ces services se trouvent dans les grands hôpitaux, c'est-  dire dans des endroits où ils ne se sentent pas à l'aise. On ne s'y sent pas aussi à l'aise que dans un centre de services du centre-ville comme Operation Go Home ou quelque chose du genre qui est conçu pour l'adolescent un peu plus   g   ou le jeune adulte de telle façon que ces derniers se sentent plus à l'aise dans ce genre d'endroit. L'endroit où nous offrons nos services signifie que parfois on ne s'en servira pas de façon très efficace. C'est une question sérieuse. Vous aviez une question.

Senator Pépin: I agree with you and I would like you to elaborate on what you just said, the way you organize the services.

Mr. Service: Another example that I could use from my own experience as a psychologist for 15 years with children, adolescents and families in Nova Scotia, is that we had difficulty getting children and their families to feel comfortable coming to the hospital. We negotiated with the county school board an agreement where we would offer our mental health services in the schools. That was much more effective. People felt much more comfortable coming and we had access to the teachers. That was ready to be signed except we had a change in government and you know what happens with a change in government.

You asked me a question about the human resource supply. I am a psychologist, so I am speaking outside of my realm here. Within medicine there is a need to attract more people into family practice and psychiatry. You should talk to the College of Family Physicians of Canada and the Canadian Psychiatric Association about those specific variables, because I am not a psychiatrist. They are finding it hard to find enough people, which is remarkable considering that most primary health care is provided by family physicians.

The second thing is, in psychology we will get anywhere from 100 to 150 excellent applications for every one spot. It is the other problem that you do not have enough spaces in order to accommodate the demand.

The third piece for us is, what is happening to psychology is that government policy and working conditions means more and more psychologists are choosing to go into the private sector. That makes it very difficult when there are not enough public services for lower- and middle-income Canadians because of the financial barrier.

Mr. Upshall: I would add to Dr. Service's point of view from the community organization point of view, whether it is Aboriginal mental health or community mental health in other communities, the best practice from our perspective is to have self-help peer support groups in community settings, which are adequately financed and which have appropriate facilitation opportunities. People are far more comfortable sharing their knowledge with their peers, whether it is with regard to the drumming issue that was brought up or otherwise.

The reality is, as your previous group, the Office of Disability Issues, will tell you, funding both at the national and the provincial levels for NGOs that provide those services has been dramatically cut back. That is an issue that you have dealt with and will deal with, but that is the reality of how we heal, how we recover our self-esteem and move forward. It is not something that the medical community seems to understand in a big way, in the sense that they are not there supporting, not only the institutional issues, which we support, the medication issues, which we support, but the community issues, which are so

Le sénateur Pépin : Je suis d'accord et j'aimerais vous entendre donner plus de détails sur la façon dont vous organisez les services.

M. Service : Après 15 ans de pratique comme psychologue auprès d'enfants, d'adolescents et de familles en Nouvelle-Écosse, je peux vous dire que nous avons des problèmes à faire en sorte que les enfants et leurs familles se sentent à l'aise en milieu hospitalier. Nous avons négocié un accord avec la commission scolaire du comté pour offrir nos services de santé mentale dans les écoles. C'était beaucoup plus efficace. Les gens se sentaient beaucoup plus à l'aise et nous avons aussi accès aux professeurs. On n'attendait que la signature de l'accord mais le gouvernement a changé et vous savez ce qui se passe lorsque le gouvernement change.

Vous m'avez posé une question à propos des ressources humaines. Je suis psychologue et ça se trouve à l'extérieur de mon domaine. En médecine, il nous faut plus de généralistes et de psychiatres. Vous devriez en parler au Collège des médecins de famille du Canada et à l'Association des psychiatres du Canada, parce que je ne suis pas psychiatre. On constate que c'est très difficile de trouver assez de gens, ce qui est remarquable, puisqu'en général les soins primaires sont l'affaire des médecins de famille.

Deuxièmement, en psychologie, il y aura de 100 à 150 excellents candidats pour chaque poste. Le problème, c'est qu'il n'y a pas assez de postes pour répondre à la demande.

Troisièmement, au niveau de la psychologie, les politiques du gouvernement et les conditions de travail sont telles que de plus en plus de psychologues choisissent la pratique privée. Cela rend les choses très difficiles quand il n'y a pas assez de services publics offerts aux Canadiens à revenu moyen ou relativement faible à cause de la barrière financière.

M. Upshall : J'ajoute ceci : qu'il s'agisse de la santé mentale des communautés autochtones ou autres, à notre avis, le mieux, c'est d'avoir un groupe communautaire de soutien par les pairs qui soit suffisamment bien financé et qui offre des services adéquats. Les gens se sentent beaucoup plus à l'aise lorsqu'ils partagent avec leurs pairs, qu'il s'agisse de ce cercle de tambour dont il a été question ou d'autres choses.

La réalité, comme vous le dira le groupe précédent, le Bureau de la condition des personnes handicapées, c'est que le financement à la fois au niveau national et provincial pour les ONG qui fournissent ces services a été comprimé de façon radicale. C'est une question dont vous avez déjà traité et dont il vous faudra traiter encore, mais c'est cela, la réalité : c'est ainsi que nous guérissons, que nous retrouvons notre estime de soi et que nous faisons des progrès. Le milieu médical ne semble pas vraiment comprendre cela, c'est-à-dire qu'il ne semble offrir aucun appui non seulement au niveau des problèmes

absolutely essential to the complete recovery, do not receive the kind of support they need to have.

Senator Cook: I will be brief. To the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, in your brief you say the initiative for designating funds for mental health has serious shortcomings. I would be interested in hearing what your alliance might approve.

I will go on then to Ms. Downey. The whole concept of traditional knowledge, is it oral? Is there anyone writing this stuff or retaining it for future generations? That will be critical for the future.

I am interested as a member of the United Church of Canada who had some knowledge of the impact of residential schools. I am wondering how many generations it will take, especially in the area of the parenting skills of the families of the day that lost their parenting skills as a result of their children not being with them.

I would like you to comment on equal partnerships. On page 5 of your presentation you say what is needed is equal partnerships. Could you help us with that and then I can see where the capacity building might need to be focussed in your journey?

Mr. Upshall: Again, from a community perspective, from someone who has seen it from the consumer point of view and who has been involved, particularly in the Province of Ontario, watching how mental health and other provincial funds are manipulated, my basic gut sense is, if you do not say spend it on community mental health and spend it on developing the services that are required there, you will be in a situation you have always been in — the heavy weights, the hospitals and the others will grab the money. That is a personal opinion. It comes from the ground up. It is something that I feel very passionate about. I recognize the issues that mitigate against that position and I honour those as well. It is something that CAMIMH will deal with in its brief in June when we file it.

Mr. Service: You put it best yesterday, Mr. Chairman, when you said you are between a rock and a hard place with these ringed funds. On the one hand, it can be cherry-picked in tough times. We know that has happened across the country. I have been in the game for 30 years and it has happened many times in my experience. Ringed funds are very vulnerable. They also are in a ghetto by themselves; they accentuate separation. One of the things that ringed funds and targeted funding can do is kick-start change. It can buy change. If it is done right and it is tied into the long term and structural change that is needed, it can be helpful.

Using your earlier suggestion that it can buy some affirmative action; yes, it can. It can buy affirmative action if it is used to buy space and place within the current power structure. That then is shown to be a valuable service that does not have to compete with the bigger, tougher physical health side of that same money.

institutionnels, où nous offrons un appui, non seulement au niveau des problèmes de médication, où nous offrons aussi notre appui, et que les questions communautaires qu'il faut absolument régler dans le contexte d'une guérison complète ne reçoivent pas le genre d'appui qu'elles méritent.

Le sénateur Cook : Ce sera bref. Dans le mémoire de l'Alliance pour la maladie mentale et la santé mentale canadienne, il est dit que l'initiative pour réserver des fonds pour la santé mentale est sérieusement déficiente. J'aimerais savoir ce qui pourrait faire le bonheur de l'Alliance.

Ensuite, madame Downey. Toute cette idée des connaissances traditionnelles, est-elle orale? Y a-t-il quelqu'un qui couche tout cela sur papier ou le garde en mémoire pour les générations à venir? Ce sera critique pour l'avenir.

À titre de membre de l'Église unie du Canada qui a eu une certaine connaissance des répercussions qu'on doit aux pensionnats, je me demande combien de générations il faudra pour rétablir la situation surtout au niveau des compétences parentales des familles de l'époque qui ont perdu ces compétences parentales parce que leurs enfants ne vivaient plus avec eux.

J'aimerais entendre vos commentaires sur les partenariats égaux. À la page 5 de votre mémoire, vous dites que c'est ce qu'il faut. Avec ces explications, il me sera possible de comprendre comment vous devez cibler la création de capacité.

M. Upshall : Du point de vue de la collectivité, et de celui qui a été à la fois consommateur et participant, surtout dans la province de l'Ontario, ayant constaté ce que l'on fait des fonds destinés à la province et à la santé mentale, j'ai l'impression que si on ne dit pas qu'il faut les consacrer au volet santé mentale dans la collectivité et s'en servir pour développer les services dont on a besoin, on se retrouvera dans la même situation — les poids lourds, les hôpitaux et les autres vont mettre la main dessus. C'est mon opinion personnelle. Ça vient de la base. C'est un sentiment très profond. Je sais qu'il y en a qui ne sont pas du même avis, et je respecte leur position. C'est une question sur laquelle se penchera l'Alliance lorsque nous déposerons notre mémoire en juin.

M. Service : Vous aviez raison de dire, hier, monsieur le président, que vous vous trouvez dans une situation impossible avec ce genre de fonds. D'un côté, on peut faire une sélection minutieuse, quand les temps sont durs. Nous savons que cela s'est fait au pays. Je suis dans ce métier depuis 30 ans, et je sais que cela s'est produit à plusieurs reprises. Les fonds désignés sont très vulnérables. Ils sont isolés, ce qui ne fait qu'accroître la séparation. Ces fonds ciblés et désignés peuvent enclencher une transformation. Ils peuvent servir à se procurer cette transformation. Si on tient compte des changements structurels dont on aura besoin pour le long terme, et si on procède de façon correcte, cela pourrait être utile.

Vous avez dit plus tôt que cela pourrait servir à procurer une action positive, et vous avez raison. C'est ce qui arrivera si on réussit à s'intégrer à la structure du pouvoir actuelle. À ce moment-là, il s'agira d'un service utile qui n'aura pas à concurrencer le côté physique, qui est plus gros et plus malin,

Ringed funds and targeted funds are very helpful in the short term, but I am very scared of them in the long term. I have seen them too often picked off, reduced and eliminated.

Mr. Upshall: In two instances, the ring funding concept was tried. When cutbacks occurred, and we lost the money, we would say to the hospitals, how about the supports that were available, where are the psychologists who were supposed to be funded. The response was, We lost that funding so we fired that group and we have dropped that program. If it was part of the gross funding, and was part of the huge allocation that the hospital got, the other programs went on, such as the cancer support programs: all those other programs that were considered traditional. However, our programs that were specifically funded were just blasted away, and it was tremendously damaging to our community.

Ms. Downey: In the area of traditional knowledge, what you have identified is critically important. You have identified also your awareness that this has happened over the years in an oral tradition. That is so because that is how it has been done for thousands and thousands of years. It has identified the need to protect and ensure that traditional knowledge and elements of traditional healing are passed on and integrated. A large part of that is creating opportunities for that to happen.

In order to create those opportunities, we need adequate support and mechanisms to do that. We also need to build trust for those experts out there, the traditional healers and elders. They will not willingly share their information and write it down. What has happened to damage trust is that it has been done in the past and now we have pharmaceutical companies with information that has been passed down over hundreds of years. Protection is a major issue in that regard.

Optimistically speaking, one of my colleagues, James Lamouche, who is here today, has undertaken over the last four years to talk to these people and to write down what the issues are and what is happening. NAHO will be publishing a couple of very significant papers in the near future.

An example of how we are trying to affect some change can be seen in looking at curriculum and trying to have a situation where health professionals and community people have an opportunity to choose from both areas. There are success models in Canada today. Someone with diabetes can walk into a clinic in their community, turn to the left and see a traditional healer, and turn to the right and get their blood drawn to see what their blood sugar levels are.

Innovation in models approaches again is important. We are undertaking some innovation in terms of our own projects. We have entered into a memorandum of understanding with a group of Amazon traditional healers, the Yaja healing group, who have done much work in this area. We are hoping to look at how we can create a training initiative so that these elements of traditional knowledge can be passed on, but in a way that is safe and protecting of the knowledge, and that fits with what we need to put in place.

pour obtenir ces mêmes fonds. Les fonds désignés sont très utiles pour le court terme, mais je les trouve inquiétants pour le long terme. Trop souvent je les ai vus retirés, réduits ou éliminés.

M. Upshall : À deux reprises, nous avons tenté d'appliquer la notion de financement ciblé. Au moment des coupures, nous avons perdu de l'argent, et nous avons demandé aux hôpitaux de nous expliquer où étaient passés les services de soutien, les psychologues qui devaient recevoir un financement. On nous a répondu qu'ils avaient perdu leurs sources de fonds et qu'ils avaient congédié le groupe et avaient mis fin au programme. Cela faisait partie du financement général, la somme énorme qu'avait reçue l'hôpital, et les autres programmes ont survécu, y compris les programmes d'appui pour les patients souffrant de cancer : tous les programmes qui sont traditionnels. Cependant, nos programmes, qui avaient reçu un financement ciblé, furent éliminés, et cela a causé beaucoup de torts à notre collectivité.

Mme Downey : Pour ce qui est des connaissances traditionnelles, vous avez identifié quelque chose de très important. Vous avez dit que votre tradition orale vous a permis de savoir ce qui s'est passé au fil des ans. C'est ce qui se passe depuis des milliers d'années. Vous avez identifié le besoin de protéger, d'intégrer et de communiquer les connaissances et les méthodes de guérison traditionnelles. Il faut créer des occasions propices pour que cela puisse se faire.

Afin de créer ces occasions, il nous faut les appuis et les mécanismes nécessaires. Il faut créer une confiance parmi les experts, les guérisseurs traditionnels et les aînés. Ils n'ont pas tendance à partager leur information par écrit. L'esprit de confiance a été brisé dans le passé, et nous avons maintenant des compagnies pharmaceutiques qui disposent d'une information qui remonte à plusieurs centaines d'années. La protection représente un enjeu très important à ce niveau-là.

Sur un ton plus optimiste, un de mes collègues, James Lamouche, qui est avec nous aujourd'hui, communique depuis quatre ans avec ces personnes pour noter tous les enjeux et tout ce qui se produit. L'ONSA a l'intention de publier quelques documents très importants dans un avenir rapproché.

Un examen du curriculum vous montrera comment nous essayons d'apporter un changement pour que les professionnels de la santé et les représentants de la collectivité puissent choisir aux deux endroits. Le Canada a, aujourd'hui, des exemples de réussite. Quelqu'un qui souffre du diabète peut se rendre dans une clinique dans sa communauté, franchir la porte à gauche pour voir un guérisseur traditionnel, ou franchir la porte à droite pour demander une prise de sang qui servira à analyser son taux de glycémie.

Il est important de trouver des approches innovatrices. Nous avons fait preuve d'innovation dans nos propres projets. Nous avons signé un protocole d'entente avec un groupe de guérisseurs traditionnels d'Amazonie, le groupe Yaja, qui a fait beaucoup de travail dans ce domaine. Nous espérons créer une initiative de formation afin de pouvoir communiquer ces éléments de connaissances traditionnelles, tout en les protégeant. Cela correspond à ce que nous devons mettre en place.

I hope that answers some of the questions you had.

Senator Cook: Yes, it does. That is where I was going with it. If we are to move forward together in collaborative programs an understanding of each other will be critical.

Ms. Downey: Exactly. We hope to do some more work with NAHO. We have spent three years travelling the country and talking to traditional healers. We now hope to gather that evidence base and seek resources to continue that work and look at the curriculum changes, and to have dialogue with other partners to bring this knowledge to the table and to the discussion.

You also talked about the impact of residential schools and parenting skills. That is not something that will be changed overnight. As Mr. Gordon said in his presentation, it is a holistic approach. For parents in communities to gain an understanding to build those skills and to make the connections, they have to heal, mentally, physically, emotionally and spiritually. To undertake that, poverty must be addressed. It is hard to focus on anger management for your children when you are trying to figure out how to feed them or get them into a school so that it will help them make a difference in their life, or that you have had mould in your basement for 10 ten years and you have suddenly realized through the media that it is a health issue. Those are all health determinants that impact how we can get to that next level. There has been so much emphasis put on the emergency nature of the situation.

You have picked up on it. How can we get to the more upstream prevention type of initiatives by creating healthy families? It is very complex.

Senator Cochrane: Mr. Upshall, do you think that the specific nature of mental illness should be a separate entity, rather than linked with persons who have other disabilities?

Mr. Upshall: Speaking again from the perspective of the consumer who has been discriminated against and stigmatized for hundreds, if not thousands of years, it is time to have affirmative action, and have those particular issues dealt with. The reality is that they are a part of the overarching human being, part of a number of physical diseases that are present in the human being. In my view, we need to start by making mental illnesses a huge issue for all the reasons you have heard today, but overall after a few years I see it being accepted as part of a community and dealing with the issues that present themselves at that time.

However, the Office of Disability Issues I am sure will tell you their program clearly indicated that where Canadians will accept people with physical disabilities, they will not accept people with disabling mental illnesses. The rate is 66 per cent to 33 per cent. That is a reality that we deal with as a society and in government programs. The level of discrimination is high.

J'espère que cela répond à certaines de vos questions.

Le sénateur Cook : Oui, effectivement. C'est là où je voulais en venir. Il sera essentiel de bien se connaître si nous voulons collaborer à l'élaboration de programmes.

Mme Downey : Tout à fait. Nous espérons entreprendre d'autres projets avec l'ONSA. Nous avons passé trois ans à traverser le pays pour rencontrer les guérisseurs traditionnels. Maintenant, nous allons réunir toute cette information de base et chercher les ressources qu'il nous faudra pour poursuivre le travail et pour examiner les changements de curriculum, et nous devons aussi dialoguer avec les autres partenaires afin de pouvoir inclure ces connaissances dans nos discussions.

Vous avez aussi parlé des pensionnats et des compétences des parents. Nous ne pourrions pas changer cela du jour au lendemain. Comme l'a dit M. Gordon dans sa présentation, il s'agit d'une approche globale. Avant de pouvoir comprendre comment mettre au point ces aptitudes et établir ces liens, les parents dans ces communautés doivent pouvoir guérir, sur le plan mental, physique, émotif et spirituel. Pour faire cela, il faut examiner la question de la pauvreté. Il est difficile de maîtriser sa colère, pour le bien de ses enfants, lorsqu'on ne sait pas comment on va arriver à les nourrir ou à les instruire afin de leur donner une vie meilleure, ou bien lorsque votre sous-sol est plein de moisissure depuis dix ans et que vous venez de vous rendre compte, grâce aux médias, que c'est une menace pour la santé. Il faut régler ces déterminants de la santé avant de passer à l'étape suivante. On a tellement insisté sur la nature urgente de cette situation.

Vous avez compris. Comment pouvons-nous concrétiser les initiatives de prévention en créant des familles saines? La question est très complexe.

Le sénateur Cochrane : Monsieur Upshall, croyez-vous que la nature précise de la santé mentale devrait en faire une entité distincte, plutôt que d'être liée aux personnes qui ont d'autres incapacités?

M. Upshall : Encore une fois, du point de vue du consommateur qui a fait l'objet de discrimination et d'isolement pendant des centaines, sinon des milliers d'années, le moment est venu pour une action positive, et il faut s'attarder à ces questions particulières. Cela fait partie de l'être humain, fait partie d'un nombre de maladies physiques dont l'être humain peut devenir victime. Selon moi, il faut que la santé mentale devienne une question importante pour toutes les raisons que vous avez entendues aujourd'hui, et, après quelques années, ce sera accepté par la collectivité et nous pourrions ensuite régler ces questions au fur et à mesure qu'elles se présenteront.

Cependant, je suis certain que le Bureau de la condition des personnes handicapées vous dira que leur programme a clairement indiqué qu'alors que les Canadiens acceptent les personnes ayant une déficience physique, ils n'accepteront pas les personnes ayant une déficience mentale. Le taux est de 66 p. 100 contre 33 p. 100. C'est une réalité avec laquelle nous composons en tant que société et dans les programmes gouvernementaux. Le niveau de discrimination est élevé.

Dr. Service: I agree with Mr. Upshall. In the long term, one of the things you could do with your report would be to look at psychological mental illness problems in physical health. The way the report is written now, it focuses very much on mental illness, mental health and addictions as a stand-alone. For psychology, psychiatry and patients, there are many mental health issues dealing with cancer, respiratory illness, heart and stroke and others across the continuum of care. That normalizes mental illness, mental health, and addictions. It becomes far more a part of our normal daily activity.

We have this wonderful national program called Canada's Food Guide. What would be wonderful would be to have the Canadian mental health guide that would tell people how to deal with normal stresses, anxieties, depressions, and feelings that they have on a daily basis. Health Canada could do that. That would bring these types of issues into the normal understanding of people.

Senator Cochrane: To go back to Ms. Downey's incident of the drumming experience, I jotted down a few things that would be involved with this drumming exercise, and which can be done quite often within the Aboriginal community. These are a few factors that would improve good health.

They are releasing frustration, and sharing their problems. They have the ability to talk. They are part of a large group rather than being isolated. They share their solutions. They have peer support. These are a few of the things that can be done any day with a group like yours. That is wonderful, but you should spread the message.

Ms. Downey: Thank you for that. A really important part of these proceedings is speaking from the heart. What you see in the newspapers every day makes you become immune to the frightening statistics. We are used to seeing the horror stories. Talking to community people and hearing both the wellness promotion that is happening in addition to some of the success stories is critical to affecting change.

NAHO is in its infancy. We are working with our partners, both our Aboriginal organizations and our mainstream partners, but you have to have the funding committed to advance that work. We can identify it. We can take the surface layer off the work that needs to be done, but we need our organizations supported in order to do that, get that message out and work with the communities. That takes an investment and commitment on the part of the government to do that.

The Chairman: I would like to thank all of you for coming.
The committee adjourned.

M. Service : Je suis d'accord avec M. Upshall. À long terme, l'une des choses que vous pourriez faire avec votre rapport, ce serait d'examiner les problèmes liés aux maladies psychologiques dans la santé physique. Selon la rédaction actuelle du rapport, la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie sont abordées de façon tout à fait cloisonnée. Dans les domaines de la psychologie, de la psychiatrie et des patients, il y a beaucoup de problèmes liés à la santé mentale lorsqu'on soigne quelqu'un pour le cancer, les maladies respiratoires, les maladies du cœur et autres. Cela normalise la santé mentale, la maladie mentale et les toxicomanies. Cela devient beaucoup plus une partie de nos activités quotidiennes normales.

Nous avons un merveilleux programme national qu'on appelle le Guide alimentaire canadien. Ce serait merveilleux d'avoir un Guide canadien de la santé mentale, qui dirait aux gens comment faire face au stress, aux inquiétudes, aux dépressions et aux sentiments normaux qu'ils éprouvent tous les jours. Santé Canada pourrait faire cela. Cela sensibiliserait le grand public à ce genre de questions.

Le sénateur Cochrane : Pour revenir à l'expérience de Mme Downey relativement au cercle de tambour, j'ai noté quelques petites choses que cet exercice comporterait, et qu'on pourrait souvent faire au sein de la collectivité autochtone. Voici quelques facteurs qui amélioreraient la santé.

Ce sont le défoulement et le partage des problèmes. C'est la possibilité de se parler. On fait partie d'un grand groupe plutôt que d'être isolé. On partage les solutions. On a l'appui des pairs. Ce sont là quelques-unes des choses qu'on peut faire n'importe quand dans un groupe comme le vôtre. C'est merveilleux, mais vous devriez passer le mot.

Mme Downey : Je vous en remercie. Une partie très importante de cette séance, c'est de parler du fond du cœur. Ce qu'on voit dans les journaux tous les jours nous désensibilise aux statistiques épouvantes. Nous sommes habitués aux histoires d'horreur. Afin de changer les choses, il faut parler aux gens des communautés et prendre connaissance des efforts de promotion du bien-être qu'ils font ainsi que de certaines de leurs expériences réussies.

L'Organisation nationale de la santé autochtone n'en est qu'à ses débuts. Nous travaillons avec nos partenaires, tant autochtones que non autochtones, mais il faut un financement fiable pour pouvoir faire progresser ce travail. Nous pouvons l'identifier. Nous pouvons préciser ce qu'il faut faire, mais nos organismes ont besoin d'appui pour faire cela, pour faire passer le message et pour travailler avec les communautés. Cela nécessite un investissement et un engagement de la part du gouvernement pour y arriver.

Le président : Je vous remercie tous d'être venus.
La séance est levée.

Canadian Psychological Association:

John Arnett, President.

Health Canada:

Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch;

Kathryn Langlois, Director General, Community Programs Directorate, First Nations and Inuit Branch.

Thursday, April 21, 2005

Social Development Canada

Cecilia Muir, Director General, Office of Disability Issues;

Georges Grujic, Director, Programs, Office of Disability Issues.

Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health:

Phil Upshall, National Executive Director;

Dr. John Service, Chair.

National Aboriginal Health Organization:

Bernice Downey, Executive Director.

Health Department, Inuit Tapiriit Kanatami:

Larry Gordon, Chairman, National Inuit Committee on Health.

Société canadienne de psychologie :

John Arnett, président.

Santé Canada :

Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits;

Kathryn Langlois, directrice générale, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Le jeudi 21 avril 2005

Développement social Canada :

Cecilia Muir, directrice générale, Bureau de la condition des personnes handicapées;

Georges Grujic, directeur, Programmes, Bureau de la condition des personnes handicapées.

Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale :

Phil Upshall, directeur exécutif national;

Le docteur John Service, président.

Organisation nationale de la santé autochtone :

Bernice Downey, directrice administrative.

Direction de la santé, Inuit Tapiriit Kanatami :

Larry Gordon, président, Comité national sur la santé des Inuits.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Wednesday, April 20, 2005

Workers' Compensation Board of British Columbia:

Terry Bogyo, Director of Corporate Planning.

Canadian Medical Association:

Dr. Albert Schumacher, President;

Dr. Isra Lévy, Chief Medical Officer and Director, Office for Public Health

Canadian Psychiatric Association:

Dr. Blake Woodside, President.

Canadian Paediatric Society:

Dr. Diane Sacks, Past President

Canadian Nurses Association:

Christine Davis, President, Canadian Federation of Mental Health Nurses.

Canadian Mental Health Association:

Penelope Marrett, Chief Executive Officer

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mercredi 20 avril 2005

Workers' Compensation Board of British Columbia :

Terry Bogyo, directeur de la planification corporative.

Association médicale canadienne :

Le docteur Albert Schumacher, président ;

La docteure Isra Levy, administratrice médicale en chef et directrice, Bureau de la santé publique.

Association des psychiatres du Canada :

Le docteur Blake Woodside, président.

Société canadienne de pédiatrie :

La docteure Diane Sacks, présidente sortante.

Association des infirmières et infirmiers du Canada :

Christine Davis, présidente, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale.

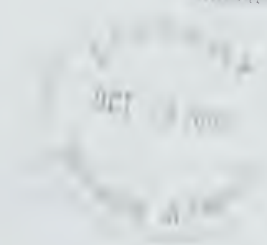
Association canadienne pour la santé mentale :

Penelope Marrett, chef de la direction.

(Suite à la page précédente)



CAL
Y026
-551



First Session
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

Première session de la
trente-huitième législature, 2004-2005

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président :
L'honorable MICHAEL KIRBY

Friday, May 6, 2005

Le vendredi 6 mai 2005

Issue No. 14

Fascicule n°14

Twelfth meeting on:
Mental health and mental illness

Douzième réunion concernant :
Le santé mentale et la maladie mentale

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C. (or Rompkey, P.C.) Callbeck Cochrane Cook Cordy Fairbairn, P.C.	Gill Johnson LeBreton * Kinsella (or Stratton) Pépin Trenholme Counsell
--	---

*Ex officio members
(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P. (ou Rompkey, C.P.) Callbeck Cochrane Cook Cordy Fairbairn, C.P.	Gill Johnson LeBreton * Kinsella (ou Stratton) Pépin Trenholme Counsell
--	---

* Membres d'office
(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Friday, May 6, 2005
(20)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9 a.m., this day, in room 257 East Block, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cochrane, Cook, Keon, Kirby, LeBreton and Trenholme Counsell (6).

Other senator present: The Honourable Senator Pearson (1).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division and Nicole Pogue, Intern, Politic and Social Affairs Division and Melissa Miller.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (*See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.*)

WITNESSES:**IWK Health Centre:**

Andy Cox, Consumer and Mental Health Advocate.

Office of Child & Family Services Advocacy of Ontario:

Judy Finlay, Chief Advocate.

Bluewater District School Board:

Michelle Forge, Superintendent of Student Services.

Children's Hospital of Eastern Ontario:

Dr. Ian Manion, Psychologist.

Department of Health and Wellness of New Brunswick:

Barbara Whitenect, Acting Director of Child & Youth Services.

Sal'T'shan Institute:

Bill Mussell, Manager & Principal Educator; Chair of the Native Mental Health Association of Canada.

McMaster University, Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences:

Dr. Ellen Lipman, Child Psychiatrist; Associate Professor, Division of Child Psychiatry; Core Member of Offord Centre for Child Studies.

The Canadian Psychiatric Research Foundation:

Judy Hills, Executive Director.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le vendredi 6 mai 2005
(20)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Cochrane, Cook, Keon, Kirby, LeBreton et Trenholme Counsell (6).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Pearson (1).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du parlement : Howard Chodos, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales; Nicole Pogue, stagiaire, Division des affaires politiques et sociales; et Melissa Miller.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.*)

TÉMOINS :**Centre de santé IWK :**

Andy Cox, bénéficiaire et défenseur des soins de santé mentale.

Bureau d'assistance à l'enfance et à la famille de l'Ontario :

Judy Finlay, intervenante en chef.

Commission scolaire du district de Bluewater :

Michelle Forge, surintendante des services aux étudiants.

Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario :

Le docteur Ian Manion, psychologue.

Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick :

Barbara Whitenect, directrice intérimaire, Services à l'enfance et à la jeunesse.

Sal'T'shan Institute :

Bill Mussell, gestionnaire et éducateur; président, Native Mental Health Association of Canada.

Université McMaster, Département de psychiatrie et de neurosciences du comportement :

La docteure Ellen Lipman, pédopsychiatre; professeur agrégé, Division de pédopsychiatrie, membre principal du Centre Offord pour l'étude de l'enfance.

Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie :

Judy Hills, directrice exécutive.

Brock University:

Richard C. Mitchell, Department of Child and Youth Studies.

Douglas Hospital:

Dr. Mimi Israël, Psychiatrist-in-Chief; Co-director, Clinical Activities Directorate; Associate Professor, Department of Psychiatry, McGill University.

Queen's University, Division of Child & Adolescent Psychiatry:

Dr. Nasreen Roberts, Director, Adolescent Inpatient & Emergency Service.

School of Nursing, York University:

Dr. Cheryl Van Daalen.

Children's Hospital of Eastern Ontario:

Dr. Simon Davidson, Chief of Psychiatry.

Dalhousie University:

Dr. Richard Goldbloom, Professor of Pediatrics; Member of the Consulting staff at the Nova Scotia Rehabilitation Centre.

The Honourable Senator Kirby made a statement. In a round table format the witnesses, in turn, introduced themselves and each made a statement.

At 10:50 a.m. the committee suspended its sitting.

At 11:07 a.m. the committee resumed its sitting.

The committee continued with its roundtable format.

At 1:15 p.m. the committee suspended its sitting.

At 1:43 p.m. the committee resumed its sitting.

The committee continued with its roundtable format.

At 3:05 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

Université Brock :

Richard C. Mitchell, Département des études sur l'enfance et la jeunesse.

Hôpital Douglas :

La docteure Mimi Israël, psychiatre en chef, codirectrice, Direction des activités cliniques; professeure agrégée, Département de psychiatrie, Université McGill.

Université Queen's, Division de pédopsychiatrie et de la psychiatrie de l'adolescent :

La docteure Nasreen Roberts, directrice, Service d'urgence pour adolescents.

École de sciences infirmières, Université York :

La docteure Cheryl Van Daalen.

Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario :

Le docteur Simon Davidson, chef de la psychiatrie.

Université Dalhousie :

Le docteur Richard Goldbloom, professeur de pédiatrie; membre du comité de consultation du Centre de réhabilitation de la Nouvelle-Écosse.

L'honorable sénateur Kirby fait une déclaration. Les témoins se présentent à tour de rôle et font une déclaration.

À 10 h 50, le comité suspend ses travaux.

À 11 h 7, le comité reprend ses travaux.

Le comité poursuit la discussion.

À 13 h 15, le comité suspend ses travaux.

À 13 h 43, le comité reprend ses travaux.

Le comité poursuit la discussion.

À 15 h 5, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Friday, May 6, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 9 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: First, let me thank all of you for coming. My colleagues and I really appreciate it.

We have people from coast to coast. I appreciate the effort that everyone has made to get here, all the way from Vancouver at one end of the country to Halifax at the other, and a number of places in between.

Let me give you a little background as to what we would like to accomplish today. All of the invitees have received a letter from me and the letter has been distributed to everyone again today.

First, let me tell you where we are in our process. The committee is in the midst of coast-to-coast hearings. If Parliament is not dissolved for an election, by mid-June we will have completed hearings in every province and virtually every territory. We have to finish two of the territories this summer. Our intent then is to write a report that will be finished very late this year or very early next year, so that we will be tabling a report in Parliament no later than the beginning of next year, subject, of course, to there being a Parliament in which we can do so.

The exact timetable for putting out our final report will depend on the timing of an election. Even if Parliament is dissolved, we will continue with our writing process over the summer. We would simply have to finish our public hearings in the fall when Parliament came back, and that would mean the report probably would not be out until February. However, within that timeframe, that is where we are going and we are still reasonably on schedule.

We have decided to hold three special one-day sessions. This being one of them, and it is on children's mental health. There were three issues, the problems with mental health related to children, to seniors and to the workplace. We felt it would be useful to get a group of experts from around the country to give us their views. All of you are here because you come highly recommended by an eclectic cross-section of people, which is why, if you look around, you will see that this is a very eclectic group. I will have people introduce themselves in a minute.

As many of you know, this committee does not have the kinds of resources that royal commissions and other bodies have. All our previous work on health care and the three reports on mental health last year were done by a committee of eleven senators and a staff of two. Our great strength is our ability to get people like

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le vendredi 6 mai 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures pour examiner des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Tout d'abord, laissez-moi vous remercier tous d'être venus. Mes collègues et moi-même vous en remercions.

Nous accueillons des gens de partout au pays. J'apprécie les efforts que tout le monde a déployés pour être ici, pour se rendre d'un bout du pays, Vancouver, ou de l'autre bout du pays, Halifax, ou d'un certain nombre d'endroits entre les deux.

Laissez-moi vous décrire brièvement ce que nous aimerions accomplir aujourd'hui. Tous les invités ont reçu de moi une lettre, et la lettre a été distribuée de nouveau à tout le monde aujourd'hui.

Tout d'abord, laissez-moi vous dire où nous en sommes dans notre processus. Le Comité tient actuellement des audiences d'un océan à l'autre. Si le Parlement n'est pas dissous pour une élection, nous aurons tenu des audiences dans toutes les provinces et pratiquement tous les territoires au plus tard à la mi-juin. Nous devons finir deux des territoires cet été. Nous avons ensuite l'intention de rédiger un rapport qui sera terminé vers la fin de l'année ou vers le début de l'an prochain, de sorte que nous déposerons un rapport au Parlement au plus tard au début de l'an prochain, si, évidemment, il y a un Parlement où nous pouvons le faire.

L'échéancier exact pour le dépôt de notre rapport final sera fonction du moment auquel on tiendra une élection. Même si le Parlement est dissous, nous poursuivrons le processus de rédaction pendant l'été. Nous aurions tout simplement à finir nos audiences publiques à l'automne, lorsque le Parlement reprendra ses activités, et cela signifie que le rapport ne serait probablement pas déposé avant février. Toutefois, dans le contexte actuel, c'est ce que nous visons, et nous nous conformons encore plus ou moins au calendrier établi.

Nous avons décidé de tenir trois séances spéciales d'un jour. La présente séance, qui porte sur la santé mentale des enfants, en est une. Il y avait trois enjeux, soit les problèmes de santé mentale liés aux enfants, aux aînés et au milieu de travail. Nous étions d'avis qu'il serait utile d'inviter un groupe d'experts de partout au pays à nous donner leurs points de vue. Vous êtes tous ici parce que vous avez été fortement recommandés par une diversité de gens, ce qui explique pourquoi vous voyez autour de vous un groupe très éclectique. J'inviterai les gens à se présenter dans un instant.

Comme un grand nombre d'entre vous le savent déjà, notre Comité ne dispose pas des mêmes ressources que les commissions royales et d'autres organes. Tous nos travaux antérieurs sur les soins de santé ainsi que les trois rapports sur la santé mentale déposés l'an dernier ont été produits par un comité

yourselves, who are willing to contribute your time and your thoughts, to help us do our work. The level of cooperation we had on our first report was unbelievable, and we are getting an incredible amount on the mental health report, from consumers, families, service deliverers and experts like you. We thank everybody for that.

Today we would like to focus as much as we can on what specific recommendations we ought to make by way of changing policy. Do not worry about whether it is federal government or provincial government. Our last report clearly had a number of recommendations that were directly in areas of provincial jurisdiction. None of the provinces complained. We have had better support from the provinces than from the federal government in many ways. Therefore, do not worry about the jurisdictional question. We will worry about that.

If we want to improve the mental health system with respect to children, we need to know what we should do. It is not enough to wring our hands and lament. What is needed is to be able to say to people and to governments — federal and provincial, service providers and others — here is a list of specific, concrete recommendations on which we need your help. If we can keep that in mind, I will go around the table and have everyone give us their opening thoughts concisely. Then we will turn to a discussion of the themes that emerge from that. There are also two or three specific issues that I would like to raise with you, which are mentioned in my letter and are covered again in the agenda before you.

Let us begin this way. Can we just go around the table and have you identify yourself in a sentence and why you think you are here.

Ms. Judy Hills, Executive Director, The Canadian Psychiatric Research Foundation: I am from The Canadian Psychiatric Research Foundation. I am here today to talk about our school program and the involvement of educators in the early identification of children with mental illness.

Mr. Andy Cox, Consumer and Mental Health Advocate, IWK Health Centre: My name is Andy Cox. I am from the IWK Health Centre children's program in Halifax. I work with the mental health programs as mental health advocate and I am here to represent the youth.

Dr. Ian Manion, Psychologist, Children's Hospital of Eastern Ontario: I am from the Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at the Children's Hospital of Eastern Ontario. I am a psychologist and a researcher and I wear many

de 11 sénateurs et un personnel constitué de deux personnes. Notre grande force tient à notre capacité de mobiliser des gens comme vous, des gens disposés à contribuer leur temps et leur expérience, pour nous aider à faire notre travail. Nous avons joui d'une coopération incroyable au moment de la préparation de notre premier rapport, et nous bénéficions également d'une coopération incroyable pour le rapport sur la santé mentale, de la part des consommateurs, des familles, des fournisseurs de services, et d'experts comme vous. Nous tenons à remercier tout le monde pour cela.

Aujourd'hui, nous aimerions, dans la mesure du possible, mettre l'accent sur les recommandations que nous devrions formuler en ce qui concerne le changement des politiques. Ne perdez pas votre temps à vous demander s'il s'agit d'une compétence fédérale ou provinciale. Notre dernier rapport s'assortissait clairement d'un certain nombre de recommandations qui relevaient directement de la compétence provinciale. Aucune des provinces ne s'est plainte. De nombreuses façons, les provinces nous ont mieux soutenus que le gouvernement fédéral. Par conséquent, ne vous souciez pas des questions de compétence. C'est à nous de nous en soucier.

Si nous voulons améliorer les aspects du système de soins de santé mentale qui concernent les enfants, nous devons savoir ce qu'il faut faire. Ce n'est pas suffisant de se tordre les mains et de se lamenter. Ce qu'il faut, c'est être capable de dire aux gens et aux gouvernements — fédéral et provinciaux, les fournisseurs de services, et les autres — voici une liste de recommandations concrètes et spécifiques à l'égard desquelles nous avons besoin de votre aide. Nous allons faire un tour de table, et j'invite tout le monde à formuler des observations liminaires concises à la lumière de ce que je viens de vous dire. Ensuite, nous discuterons des thèmes qui se dégageront de ce tour de table. Il y a également deux ou trois enjeux particuliers dont j'aimerais parler avec vous; je les mentionne dans ma lettre, et ils sont indiqués dans l'ordre du jour que vous avez devant vous.

Commençons de ce côté. Alors, faisons un tour de table, et je vous demande de vous identifier et de nous expliquer brièvement pourquoi, à votre avis, vous êtes ici.

Mme Judy Hills, directrice exécutive, Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie : Je représente la Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie. Je suis ici aujourd'hui pour parler de notre programme dans les écoles et de la participation des enseignants au repérage précoce d'enfants aux prises avec des problèmes de santé mentale.

M. Andy Cox, bénéficiaire et défenseur des soins de santé mentale, Centre de santé IWK : Je m'appelle Andy Cox. J'évolue au sein du programme pour enfants du Centre de santé IWK de Halifax. Je travaille auprès des programmes de santé mentale à titre d'intervenant en santé mentale, et je suis ici pour représenter les jeunes.

M. Ian Manion, psychologue, Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario : Je représente le Centre d'excellence provincial pour la santé mentale des enfants et des jeunes du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario. Je suis psychologue

different hats, so I will bring many different perspectives. I work quite extensively with youth in community-based mental health promotion. Hopefully, that will be of some value to you.

Senator Keon: I am a member of the committee. I am never really sure where I am or why I am here.

Ms. Judy Finlay, Chief Advocate, Office of Child & Family Services Advocacy of Ontario: I am the Child Advocate for the Province of Ontario. Advocates across the country are mandated through legislation to look after the rights and entitlements of children in their respective provinces. There are eight provinces with child advocates, and I am presently the President of the Canadian Council of Provincial Child and Youth Advocates. I am also here representing a reference group of parents and young people who are consumers of mental health services.

I do that on behalf of the Centre of Excellence for Children's Mental Health at CHEO.

Ms. Michelle Forge, Superintendent of Student Services, Bluewater District School Board: Honourable senators, our board has a number of partnerships with our local children's mental health agency to provide integrated services for children, integrated from their perspective and from the school board's perspective. I am pleased to be here.

Ms. Barbara Whitenect, Acting Director of Child & Youth Services, Department of Health and Wellness of New Brunswick: Honourable senators, I am here trying to represent children's services, some of the struggles we have in New Brunswick, and maybe we can come up with some of the solutions.

Mr. Bill Mussell, Manager & Principal Educator, Sal'i'shan Institute; Chair of the Native Mental Health Association of Canada: Honourable senators, our organization is a private post-secondary organization that focuses on health education and social development issues in the lives of mostly First Nations people. I do a lot of work on suicide. I have done a number of studies dealing with Aboriginal child mental illness and mental health. I believe I am here to hopefully shed some light on the challenges that are facing all of us relative to Canada's Aboriginal populations.

Mr. Richard C. Mitchell, Department of Child and Youth Studies, Brock University: Honourable senators, in addition to my duties at Brock University, I am also the Vice-President of the Canadian Coalition for the Rights of Children. I come from a background as a practitioner for about 10 years in an inpatient mental health facility for children and young people in Victoria before I went off to do my Ph.D. in children's rights in the United Kingdom.

et chercheur, et j'exerce diverses fonctions, de sorte que je vous apporterai divers points de vue. Je travaille de façon plutôt étendue auprès des jeunes, dans le cadre d'activités communautaires de promotion de la santé mentale. J'espère que cela vous sera utile.

Le sénateur Keon : Je suis membre du Comité. Je ne sais vraiment pas toujours où je suis, ni pourquoi je suis là.

Mme Judy Finlay, intervenante en chef, Bureau d'assistance à l'enfance et à la famille de l'Ontario : Je suis la protectrice des enfants pour la province de l'Ontario. Des intervenants de partout au pays sont légalement tenus de protéger les droits des enfants dans leurs provinces respectives. Il y a huit provinces dotées de protecteurs des enfants, et je suis actuellement présidente du Conseil canadien des organismes provinciaux de défense des droits des enfants et des jeunes. Je suis également ici à titre de représentante d'un groupe de parents et de jeunes qui sont bénéficiaires de services de santé mentale.

Je fais cela au nom du Centre d'excellence du CHEO pour la santé mentale des enfants et des jeunes.

Mme Michelle Forge, surintendante des services aux étudiants, Commission scolaire du district de Bluewater : Honorables sénateurs, notre conseil fait partie d'un certain nombre de partenariats avec les organismes locaux de santé mentale des enfants en vue d'offrir aux enfants des services intégrés, intégrés du point de vue tant de l'enfant que du conseil scolaire. Je suis heureuse d'être ici.

Mme Barbara Whitenect, directrice intérimaire, Services à l'enfance et à la jeunesse, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick : Honorables sénateurs, je suis ici pour tenter de représenter les services à l'enfance et pour décrire certains des problèmes que nous éprouvons au Nouveau-Brunswick; peut-être pouvons-nous trouver des solutions à ces problèmes.

M. Bill Mussell, gestionnaire et éducateur, Sal'i'shan Institute; président, Native Mental Health Association of Canada : Honorables sénateurs, notre organisation est un établissement d'enseignement postsecondaire privé qui s'attache à l'éducation en matière de santé et aux enjeux de développement social, surtout dans la vie des gens des Premières nations. Je fais beaucoup de travail sur le suicide. J'ai effectué un certain nombre d'études sur la maladie mentale et la santé mentale des enfants autochtones. Je crois être ici pour, je l'espère faire, la lumière sur les défis auxquels nous sommes tous confrontés, en ce qui concerne les populations autochtones du Canada.

M. Richard C. Mitchell, Département des études sur l'enfance et la jeunesse, Université Brock : Honorables sénateurs, outre les fonctions que j'exerce à l'Université Brock, je suis également vice-président de la Coalition canadienne pour les droits des enfants. Avant de partir pour le Royaume-Uni pour faire mon doctorat sur les droits de l'enfant, j'ai pratiqué pendant environ dix ans dans un établissement psychiatrique pour enfants et pour jeunes personnes à Victoria.

I am here to make the case that we adopt part of the action plan *A Canada Fit for Children*, much of which is concerned with the mental and emotional wellbeing of children and young people in Canada.

Senator Cook: Good morning. I am from the province of Newfoundland and Labrador. I am here because the chair has designated that I should be here today and because I firmly believe that together we will make a difference in the lives of children.

Dr. Richard Goldbloom, Professor of Pediatrics, Dalhousie University; Member of the Consulting Staff at the Nova Scotia Rehabilitation Centre: Honourable senators, I am an aging pediatrician who specializes mostly in reminiscences. Though I am ready for carbon dating, I have some background in regional health care for children. We developed a regional health program in Nova Scotia and I chaired the provincial task force on regionalization of health care. I am only here because I do whatever Senator Kirby tells me to do.

Dr. Mimi Israël, Psychiatrist-in-Chief; Co-director, Clinical Activities Directorate, Douglas Hospital; Associate Professor, Department of Psychiatry, McGill University: As honourable senators may know, the Douglas Hospital is a psychiatric hospital that serves at least a third of Montreal for tertiary care, but also offer second-line services to children and adults in a population of about 300,000.

I am not sure why I am here. You will see that my comments were aimed at my other role in life, which is as a clinician who works with eating disorders. Even though I am an adult psychiatrist, I work in an area where I think early intervention is crucial.

I do not know why I was chosen, so I hope that whatever I say will make sense. I believe that I can contribute in terms of my interest in the organization of services in general, as well as my concern about more children developing eating disorders in our country.

Dr. Ellen Lipman, Child Psychiatrist; Associate Professor, Division of Child Psychiatry, Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, McMaster University; Core Member of Offord Centre for Child Studies: Honourable senators, in addition to my duties at McMaster, I am a member of the Offord Centre for Child Studies, which is a research centre looking at children's mental health and developmental issues.

Part of the time I wear a clinical hat as a child psychiatrist, so I see children and families. The other part of my time I do research. Much of the research I have done has been looking at interventions in the community, in the real world. I hope that I will bring both a clinical and a research background to some of the ideas for the action plan today.

Je suis ici pour vous expliquer pourquoi nous devrions adopter une partie du plan d'action *Un Canada digne des enfants*, dont une grande part concerne le bien-être psychologique et émotif des enfants et des jeunes au Canada.

Le sénateur Cook : Bonjour. Je viens de la province de Terre-Neuve-et-Labrador. Je suis ici parce que le président a déterminé que je devrais être ici aujourd'hui, et parce que je crois fermement que nous allons arriver ensemble à améliorer la vie des enfants.

Le Dr Richard Goldbloom, professeur de pédiatrie, Université Dalhousie; membre du comité de consultation du Centre de réhabilitation de la Nouvelle-Écosse : Honorables sénateurs, je suis un pédiatre vieillissant qui se spécialise surtout dans les souvenirs. Même si je suis prêt à me faire dater au carbone 14, j'ai tout de même de l'expérience au chapitre des soins de santé régionaux pour les enfants. Nous avons élaboré un programme régional de santé en Nouvelle-Écosse, et j'ai présidé le groupe de travail provincial sur la régionalisation des soins de santé. Je suis ici seulement parce que je fais tout ce que le sénateur Kirby me dit de faire.

La Dre Mimi Israël, psychiatre en chef, codirectrice, Direction des activités cliniques, Hôpital Douglas; professeure agrégée, Département de psychiatrie, Université McGill : Comme les honorables sénateurs le savent peut-être, l'hôpital Douglas est un hôpital psychiatrique qui sert au moins le tiers de Montréal, en ce qui concerne les soins tertiaires, mais sachez qu'il dispense également des services secondaires aux enfants et aux adultes d'une population d'environ 300 000 personnes.

Je ne suis pas certaine de savoir pourquoi je suis ici. Vous constaterez que mes commentaires sont liés à mon autre rôle dans la vie, c'est-à-dire, mon travail de clinicienne auprès de personnes aux prises avec des troubles alimentaires. Même si j'effectue mon travail de psychiatre auprès des adultes, je travaille dans un domaine où, selon moi, une intervention précoce est cruciale.

J'ignore pourquoi on m'a choisie, alors j'espère que ce que je dirai sera utile. Je crois pouvoir apporter une contribution en ce qui concerne mon intérêt pour l'organisation des services en général, ainsi que ma crainte qu'un plus grand nombre d'enfants en viennent à souffrir de troubles alimentaires dans notre pays.

La Dre Ellen Lipman, pédopsychiatre; professeure agrégée, Division de la pédopsychiatrie, Département de psychiatrie et de neurosciences du comportement, Université McMaster; membre principal du Centre Offord pour l'étude de l'enfance : Honorables sénateurs, outre mes fonctions à McMaster, je suis membre du Centre Offord pour l'étude de l'enfance; c'est un centre de recherche qui se penche sur les enjeux liés à la santé mentale et au développement des enfants.

Je passe une partie de mon temps à mener des activités cliniques, à titre de pédopsychiatre, alors je vois des enfants et des familles. L'autre partie de mon temps est consacrée à la recherche. Une part importante de la recherche que j'ai effectuée consiste à examiner des interventions au sein de la collectivité, dans le vrai monde. J'espère que mon expérience clinique et mon travail de recherche enrichiront certaines des idées pour le plan d'action aujourd'hui.

Senator Cochrane: Good morning. I have been a senator here for 18 years. I must tell you I was appointed by my whip last year to be on this committee. As well, my background is teaching. I am anxious to hear from you because I see the majority of you have dealt with children.

Dr. Cheryl Van Daalen, School of Nursing, York University: Good morning. I think I am here because of my paralyzing good looks. That would be a joke.

I am pleased to be here. I am a child and youth pediatric nurse and a professor at York nursing school, and I am proud to say it is the only nursing program that teaches children's rights.

My appointment as Special Advisor to the Canadian Coalition for the Rights of Children is an honour that I am still shocked that I hold.

My research into youth mental health has clearly demonstrated that rights violations create mental health concerns for children. Richard Mitchell and I are hoping to launch a pilot study looking into the interface between the rights of children and Canada's health care system.

I am here to talk about policy and practice that is informed not by a for-children-and-youth framework, but more by a with-children-and-youth framework and, hopefully, a by-children-and-youth framework through organizations such as YouthNet.

I am hoping that YouthNet and other youth-driven organizations will be invited to these kinds of meetings in the future.

Dr. Nasreen Roberts, Director, Adolescent Inpatient & Emergency Service, Division of Child & Adolescent Psychiatry, Queen's University: Honourable senators, I am primarily an adolescent psychiatrist and my area of interest is adolescent suicide and its prevention.

Dr. Simon Davidson, Chief of Psychiatry, Children's Hospital of Eastern Ontario: Honourable senators, I am a child and adolescent psychiatrist. I am chair of the division of child and adolescent psychiatry at the University of Ottawa. I am co-head of the centre of excellence with Ian Manion. I am also the chief of psychiatry at the Children's Hospital. I am a co-founder of YouthNet.

I like to see myself as a strong ally in terms of advocating for the rights of children and youth and, more particularly, children and youth with mental health problems. I am very interested in systems, and I would love to, at some point before I die, be able to proudly say that we do have a mental health system for children and youth.

Mr. Howard Chodos, Library of Parliament: Good morning, I am the lead researcher for this Senate committee.

Le sénateur Cochrane : Bonjour. Je suis sénateur depuis 18 ans. Je dois vous dire que j'ai été affectée à notre Comité l'an dernier, par mon whip. De plus, j'ai été enseignante. J'ai hâte d'entendre ce que vous avez à dire, car je vois que la majorité d'entre vous ont travaillé auprès d'enfants.

La Dre Cheryl Van Daalen, École de sciences infirmières, Université York : Bonjour, je crois que je suis ici en raison de ma beauté stupéfiante. C'est une blague.

Je suis heureuse d'être ici. Je suis infirmière pédiatrique auprès d'enfants et de jeunes, et j'enseigne à l'école de nursing de l'Université York, et je suis fière de dire qu'il s'agit du seul programme de sciences infirmières qui enseigne les droits des enfants.

J'ai été nommée conseillère spéciale auprès de la Coalition canadienne pour les droits des enfants, et je suis encore sous le choc d'un tel honneur.

Ma recherche sur la santé mentale chez les jeunes montre clairement que la violation des droits crée des problèmes de santé mentale pour les enfants. Richard Mitchell et moi-même espérons lancer une étude pilote qui examinerait le lien entre les droits des enfants et le système de soins de santé du Canada.

Je suis ici pour parler de politiques et de pratiques qui s'inscrivent non pas dans un cadre « pour les enfants et les jeunes », mais bien dans un cadre « avec les enfants et les jeunes » et, je l'espère, un cadre « par les enfants et les jeunes », par l'entremise d'organismes comme YouthNet.

J'espère que YouthNet et d'autres organismes de jeunes seront invités à ce genre de rencontres à l'avenir.

La Dre Nasreen Roberts, directrice, Service d'urgence pour adolescents, Division de la pédopsychiatrie, Université Queen's : Honorables sénateurs, je travaille à titre de psychiatre, surtout auprès des adolescents, et je m'intéresse tout particulièrement au suicide et à la prévention du suicide chez les adolescents.

Le Dr Simon Davidson, chef de la psychiatrie, Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario : Honorables sénateurs, je suis psychiatre, et je travaille auprès des enfants et des adolescents. Je suis président de la Division de la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence à l'Université d'Ottawa. J'assure la codirection du centre d'excellence avec Ian Manion. Je suis également chef de la psychiatrie au Centre hospitalier pour enfants. Je suis cofondateur de YouthNet.

J'aime me voir comme un allié solide au chapitre de la défense des droits des enfants et des jeunes et, plus particulièrement, des enfants et des jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Je m'intéresse beaucoup aux systèmes, et j'adorerais, à un moment donné, avant mon dernier souffle, pouvoir dire fièrement que nous sommes dotés d'un système de soins de santé mentale pour les enfants et les jeunes.

M. Howard Chodos, Bibliothèque du Parlement : Bonjour, je suis l'attaché de recherche principal de ce Comité sénatorial.

The Chairman: I wish to thank everybody for coming.

We will start with Ms. Hills. I will ask you to give us your thoughts on the specific things that we ought to do.

Ms. Hills: I appreciate the opportunity to speak to you today. It is a wonderful learning experience to find out what else is happening across the country. The Canadian Psychiatric Research Foundation was founded about 25 years ago to raise funds for research into mostly mental illnesses. We have since added addictions. Ours is a small organization but remains the only charity in Canada that continues to raise funds for psychiatric illness and addictions.

Several years ago, the board of directors realized that there were very few applications for children's mental health and went to one of our corporate partners, which is sponsoring an award called the CIBC Children's Miracle Award. Dr. Lipman is on our professional advisory board.

Even though we are a small charity, we have the most remarkable group of dedicated people, 100 active volunteers who are raising funds. We also have a professional advisory board of senior researchers from across Canada who review and rank our applications every year.

We were shocked when in the first year that we announced the award, very few people applied for a children's mental health research award. I see heads nodding around the table.

The community in Canada is very small. Dr. Richard Swinson from McMaster recently told me that the first study on obsessive compulsive disorder, or OCD, in children was released in the fall. OCD is now being diagnosed in children as young as three. There was no research available until the fall. There are very few people applying for research grants in children's mental health. I was pleased to see that CHEO, as the centre of excellence, was offering one.

Our board of directors realized that some of the research we had been funding in the knowledge transfer area was sitting on shelves and people were not accessing it. At the same time, things were changing in our school system. One of the grants was for research into children in high schools. That research was showing that about 20 per cent of high school students were at risk of serious mental illness. I am not talking simply about behavioural problems or people not getting along with their families, but serious mental illness.

Le président : Je tiens à remercier tout le monde d'être venu.

Nous commencerons avec Mme Hills. Je vous invite à nous présenter votre point de vue en ce qui concerne les choses précises que nous devrions faire.

Mme Hills : Je vous remercie de cette occasion qui m'est offerte de vous parler aujourd'hui. C'est une expérience d'apprentissage merveilleuse, car je pourrai prendre connaissance de ce qui se passe partout au pays. La Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie a été fondée il y a environ 25 ans, en vue de recueillir des fonds pour des recherches touchant surtout la maladie mentale. Nous avons ajouté la toxicomanie depuis. Notre organisme est modeste, mais il demeure le seul organisme de bienfaisance au Canada qui continue de recueillir des fonds pour la recherche psychiatrique liée aux maladies et à la toxicomanie.

Il y a plusieurs années, le conseil d'administration s'est aperçu qu'il y avait très peu de demandes relatives à la santé mentale chez les enfants, et est allé à l'une de nos sociétés partenaires, qui parraine un prix qu'on appelle le « CIBC Worldmarket Children's Miracle Award ». Le Dr Lipman est membre de notre conseil consultatif professionnel.

Même si notre organisme de bienfaisance est modeste, nous disposons d'un groupe des plus remarquables, de 100 bénévoles dynamiques qui recueillent des fonds. Nous sommes également dotés d'un conseil consultatif professionnel, constitué de chercheurs chevronnés de partout au Canada, qui a pour mandat d'examiner et de placer chaque année les demandes que nous recevons.

Au cours de la première année, quand nous avons annoncé les bourses de recherche, nous étions très étonnés de constater que peu de gens avaient présenté une demande de bourse de recherche en pédopsychiatrie. Je vois des gens hocher la tête autour de la table.

Au Canada, le milieu est très petit. Le Dr Richard Swinson, de l'Université McMaster, m'a récemment dit que la première étude sur le trouble obsessionnel-compulsif chez les enfants a été diffusée à l'automne. Ce trouble est maintenant diagnostiqué chez des enfants de trois ans. Il n'y avait pas de recherches sur ce sujet avant l'automne dernier. Très peu de gens présentent une demande de bourses de recherche en pédopsychiatrie. J'étais heureuse de voir que le CHEO, à titre de centre d'excellence, en offrait une.

Notre conseil d'administration a découvert qu'une partie de la recherche que nous financions dans le domaine de la transmission du savoir demeurait sur les tablettes, et que personne ne la consultait. Parallèlement, les choses changeaient dans notre système scolaire. L'une des bourses était destinée à la recherche sur les enfants à l'école secondaire. Cette recherche montrait qu'environ 20 p. 100 des étudiants du secondaire couraient le risque de souffrir d'une maladie mentale grave. Et je ne parle pas de simples problèmes comportementaux ou de personnes qui ne s'entendent pas bien avec leur famille, je parle de maladie mentale grave.

The teachers were having problems coping with things changing so quickly. They asked if we would put together a guide to help them until they could get help for the children they were working with. They were facing waiting lists for referrals of up to a year and a half for children in their classrooms.

The foundation gathered together a group of experts in the field of education. We had principals, teachers, special education people and youth themselves involved in putting together a handbook entitled "When Something's Wrong." I hope I have brought enough copies for everyone. Dr. Stan Kutcher, whom many of you know, was the lead psychiatrist helping us put it together. Many others, including people from CHEO, reviewed parts of it.

We did a lot of focus testing, not only in the Toronto District School Board where it was initiated, but across the country. We want to find out what assistance teachers need. We know that teachers cannot be diagnosticians, and we do not want them to be that, but we do want them to have some skills in early identification and to understand some of the mood and behaviour disorders that might be caused by mental disorders. With that, they have a basis on which to go forward.

The research shows that the first person youth go to for help is the teacher. They go to their friends second and their parents third. The family doctor is at the bottom of the list, which makes sense when we think of how little time family doctors have to spend on each patient, let alone those who might have a mental disorder and be a little reluctant to talk about it.

Again, the teacher is an important person in children's lives to whom they often will go first, or who might identify something first. We wanted to create a simple-to-use tool to help teachers in the interim. The handbook is packed with references to particular disorders, such as Tourette's syndrome and eating disorders.

We found that teachers were dealing with parents who either did not understand or were afraid to ask questions, and parents asked if we would compile another tool for them. Therefore, we have expanded on the first book, adding many more resources and more disorders.

When the foundation creates these tools, we ensure that the information is scientifically sound. Every time it is reprinted — which has happened three times in two years — we update the scientific information. As more research becomes available, we try to add it to the resources in here. From there, we started doing

Les enseignants éprouvaient de la difficulté à composer avec l'évolution rapide des choses. Ils nous ont demandé si nous pourrions élaborer un guide pour les aider jusqu'à ce qu'ils trouvent de l'aide pour les enfants avec lesquels ils travaillent. Les enfants de leurs classes étaient inscrits sur des listes d'attente de jusqu'à un an et demi pour des renvois à des services.

La fondation a constitué un groupe d'experts du domaine de l'éducation. Nous avons des directeurs, des enseignants, des éducateurs spécialisés et des jeunes, et ces personnes ont participé à l'élaboration d'un guide intitulé « Quand ça ne va pas ». J'espère avoir apporté suffisamment d'exemplaires pour tout le monde. Le Dr Stan Kutcher, qu'un grand nombre d'entre vous connaissent, était le principal psychiatre responsable de nous aider à assembler le guide. De nombreux autres, y compris des gens du CHEO, ont pris part à l'examen de certaines parties du guide.

Nous avons effectué de nombreux essais auprès de groupes cibles, non seulement dans les établissements de la commission scolaire du district de Toronto — où l'initiative avait été lancée —, mais partout au pays. Nous voulons découvrir de quelles formes d'aide les enseignants ont besoin. Nous savons que les enseignants ne peuvent établir un diagnostic, et nous ne voulons pas qu'ils le fassent, mais nous voulons les aider à acquérir certaines compétences au chapitre du repérage précoce et à comprendre certains des troubles de l'humeur et du comportement qui pourraient être causés par des troubles mentaux. Cela leur procure une base leur permettant d'aller de l'avant.

La recherche montre que l'enseignant est la première personne à qui les jeunes s'adressent en vue d'obtenir de l'aide. Les amis arrivent en deuxième place, et les parents, en troisième. Le médecin de famille est au bas de la liste, ce qui est normal quand on songe au peu de temps que les médecins de famille peuvent consacrer à chaque patient, à plus forte raison à une personne qui est peut-être aux prises avec un trouble mental et qui est un peu réticent à en parler.

Encore une fois, l'enseignant est une personne importante dans la vie d'un enfant, et c'est pour ça que les enfants les consultent souvent en premier, et les enseignants sont susceptibles de voir quelque chose en premier. Nous voulions créer un outil facile à consulter pour aider les enseignants en attendant. Le guide est truffé d'informations sur des troubles particuliers, comme le syndrome de Tourette et les troubles alimentaires.

Nous avons constaté que les enseignants ont affaire à des parents qui ne comprennent pas la situation ou qui ont peur de poser des questions, et les parents qui nous ont demandé si nous pourrions élaborer un autre outil pour eux. Par conséquent, nous avons enrichi la première version, et ajouté un grand nombre de ressources et de troubles.

Quand la fondation élabore ces outils, nous veillons à ce que l'information soit fondée sur des assises scientifiques solides. Chaque fois qu'on l'a réimprimée — ce qui est arrivé à trois reprises en deux ans —, nous mettons à jour l'information scientifique. Lorsque de nouvelles recherches sont diffusées, nous

training sessions. The first one was four years ago. Three hundred teachers come to each training session. It was amazing to see the need that exists, and the teachers do want to be helpful.

In an effort to combat the stigma, which is so great and is an underlying cause of why a lot of things do not happen in mental health, we started a cross-Canada tour involving the media, the corporate sector and other community leaders. We went to Vancouver, Calgary and Winnipeg in the first year of the tour. In each city, school boards sent personnel to the workshops. It was wonderful that local doctors donated their time to speak to the groups. They enjoyed having an audience of up to 300 people to whom they could speak about the disorders, again to raise awareness.

We hope that our East Coast tour will happen in the fall. Unfortunately, we cannot do more of these tours because we have to raise the money, market the program and develop relationships in each city that we go to.

I have found that in the mental health sector, people seem to be willing to work together. It is wonderful to find a champion in a city where we do not have a chapter who will send out the emails and brochures and bring the community together if we can bring the speakers, because they often do not have access to speakers of the calibre of those sitting at this table.

Senator Keon: Mr. Chairman, I believe it would be worthwhile to allow a little time after each speaker. For example, this speaker raised an issue that should be well considered throughout the day by everyone in the room. She quite rightly pointed out how enormously important the education system is to children. However, as you and I heard at the international summit in Calgary this week, the emphasis is now shifting to the first three years of life with regard to the mental development of a child.

If we look at the bigger issue of mental health, we are addressing about 30 per cent of people with mental disabilities. We have to try to get to the other 70 per cent through recommendations that will come out in another six or eight months.

It is my impression, having heard what I have so far, that we will need community mental health resources, that is, community resources that provide primary health care and services such as food, housing and so on, coupled with public health, emergency services, home care and a number of other services.

tentons de les ajouter aux ressources mentionnées dans le guide. De là, nous avons commencé à tenir des séances de formation. La première a eu lieu il y a quatre ans. Trois cents enseignants ont assisté à chaque séance de formation. Nous étions étonnés de voir à quel point le besoin était marqué, et les enseignants veulent prêter main-forte.

Dans un effort pour lutter contre la stigmatisation, laquelle est très marquée et est une cause sous-jacente du fait qu'il ne se passe pas grand-chose dans le domaine de la santé mentale, nous avons lancé une tournée pancanadienne misant sur les médias, le secteur privé et d'autres dirigeants communautaires. Nous sommes allés à Vancouver, à Calgary et à Winnipeg au cours de la première année de la tournée. Dans chaque ville, les commissions scolaires ont inscrit du personnel aux ateliers. C'était merveilleux de voir des médecins locaux donner de leur temps pour s'adresser aux groupes. Ils étaient heureux de pouvoir parler à 300 personnes de ces troubles, toujours dans un but de sensibilisation.

Nous espérons que notre tournée de la côte est aura lieu à l'automne. Malheureusement, nous ne pouvons pas faire davantage de tournées de ce genre, car nous devons recueillir de l'argent, promouvoir le programme et nouer des relations dans chaque ville où nous allons.

Je constate que, dans le secteur de la santé mentale, les gens semblent disposés à travailler ensemble. C'est merveilleux de trouver, dans une ville où nous n'avons pas de section locale, un maître d'œuvre qui se chargera de transmettre les courriels, de distribuer les dépliants et de mobiliser la collectivité si nous arrivons à fournir des conférenciers, car, bien souvent, ces collectivités n'ont pas accès à des conférenciers du calibre de ceux qui sont présents aujourd'hui.

Le sénateur Keon : Monsieur le président, je crois qu'il serait intéressant de prévoir un peu de temps après chaque témoignage. Par exemple, ce témoin a soulevé une question qui devrait être prise en compte tout au long de la journée, par tout le monde ici. Elle a tout à fait raison d'insister sur l'importance énorme du système d'éducation pour les enfants. Toutefois, comme nous l'avons entendu à l'occasion du sommet international tenu à Calgary cette semaine, on commence à s'attacher davantage aux trois premières années de la vie, en ce qui concerne le développement mental de l'enfant.

Si nous envisageons dans son ensemble l'enjeu de la santé mentale, nous nous penchons sur la situation d'environ 30 p. 100 des personnes atteintes d'un handicap mental. Nous devons tenter d'inclure les 70 p. 100 qui restent au moyen des recommandations qui seront formulées au cours des six ou huit prochains mois.

J'ai l'impression, à la lumière de ce que j'ai entendu jusqu'à maintenant, que nous aurons besoin de ressources communautaires en matière de santé mentale, c'est-à-dire des ressources communautaires qui fourniront des soins et des services de santé primaire — comme l'alimentation, le logement et ainsi de suite — jumelés avec des services de santé publique, d'urgence, de soins à domicile, et un certain nombre d'autres services.

It is wonderful to have these resources in pediatrics or children's mental health here today because we have to consider how we will get at these children from the time of birth to age three. Will that be done through pediatricians? Will it happen in the primary care facilities, where it may be through a psychologist, a social worker, a nurse or a primary care physician? I think the evolution will be to primary health teams in these community facilities.

I simply want to leave that thought with you as we go around the table.

The Chairman: Thank you. If people have thoughts like that when a presentation is finished, let us put those on the table and other people may choose to comment on them.

Senator Keon is right. At the event we were just at in Calgary, there was a substantial focus on what I would call the preschool years, the very early ages of zero to three, in the sense that a lot of problems are established long before people get to schools.

Mr. Cox: I am Andy Cox, and my position at the IWK Health Centre in Halifax is mental health advocate. There are three components to that, which will lead to my suggestions.

First, I educate and intervene on rights of youth. Second, I help hook the youth up with community resources; and the third point will lead into something I feel needs to expand across the country. I myself am a mental health consumer with bipolar disorder, and when I am meeting with the youth and, when appropriate, disclose this, there is a special relationship built or they feel relief. They feel, wow, someone has gone through something similar, and there is potential for me to get better and be able to live a half-decent life. The families find hope as well.

The most important thing for me is peer-support mechanisms. I know when I was not well at 17 or 18 years old I got pretty good treatment. However, the one component that I wanted was to talk with other youth of roughly the same age about the illness.

We can use programs like YouthNet, which I am sure you will hear more about today. There is also in Halifax Lang House, a support centre. It is not a clubhouse model. It is more a youth-friendly place for peer support, help with schooling, getting back into school, university, help finding housing, which is a huge issue, justice, employment, socialization, re-socialization. We need more organizations like that, and funding must come from the government.

C'est merveilleux d'avoir toutes ces ressources en pédiatrie ou en pédopsychiatrie avec nous aujourd'hui, car nous devons déterminer comment nous allons intervenir auprès de ces enfants entre leur naissance et leur troisième anniversaire. Va-t-on faire cela par l'entremise des pédiatres? Est-ce que cela va se faire dans les établissements qui dispensent des soins primaires, par un psychologue, un travailleur social, une infirmière ou un médecin de premier recours? Je crois que nous évoluerons vers la création d'équipes de soins de santé primaires dans ces établissements communautaires.

J'aimerais seulement vous laisser avec cette pensée pendant que nous effectuons notre tour de table.

Le président : Merci. Si vous avez des pensées comme cela à partager avec nous lorsqu'un exposé prend fin, ne vous gênez pas pour vous exprimer, et d'autres personnes pourront ensuite commenter.

Le sénateur Keon a raison. À l'événement auquel nous venons tout juste d'assister à Calgary, on mettait surtout l'accent sur ce que j'appellerais les années préscolaires, c'est-à-dire de la naissance jusqu'à l'âge de trois ans, car de nombreux problèmes naissent bien avant que les enfants aillent à l'école.

M. Cox : Je m'appelle Andy Cox, et je suis intervenant en santé mentale au Centre de santé IWK à Halifax. Il y a trois éléments à cela, et c'est à la lumière de ces éléments que je formulerai des suggestions.

Premièrement, je fais de la sensibilisation et je travaille sur les droits des jeunes. Deuxièmement, j'aide les jeunes à tirer avantage des ressources communautaires; et le troisième élément mènera à quelque chose qui, selon moi, doit s'étendre partout au pays. Je suis moi-même bénéficiaire de soins de santé mentale, je suis atteint d'un trouble bipolaire, et quand je rencontre des jeunes et que je leur divulgue cela, quand il est opportun de le faire, cela crée une relation particulière, où ils se sentent soulagés. Ils se disent, wow, quelqu'un a traversé quelque chose de comparable, et il est possible que j'aille mieux et que je puisse vivre une vie à peu près décente. Les familles trouvent de l'espoir aussi.

Pour moi, les mécanismes de soutien par les pairs sont l'élément le plus important. Je sais que quand je n'allais pas bien, à 17 ou à 18 ans, j'ai bénéficié de très bons traitements. Toutefois, je voulais parler de ma maladie avec d'autres jeunes, d'environ le même âge.

Nous pouvons utiliser les programmes comme YouthNet, et je suis certain que vous en entendrez beaucoup parler aujourd'hui. Il y a aussi la Halifax Lang House, un centre de soutien. Il ne s'agit pas d'un centre de loisirs. Il s'agit plutôt d'un endroit accueillant où les jeunes peuvent obtenir du soutien par les pairs, de l'aide avec les travaux scolaires, pour le retour à l'école, pour l'université, pour trouver un logement — et c'est un gros problème —, et de l'aide au chapitre de la justice, de l'emploi et de la socialisation et de la resocialisation. Nous avons besoin d'autres organismes de ce genre, et le financement doit venir du gouvernement.

The next one is prevention, promotion and anti-stigma education. First, we must educate the students and teachers early. One way I have experienced this is as a consumer, educating from my perspective, but we also need it in the curriculum, and clinicians must be able to educate. The other prevention, promotion and anti-stigma work is educating teachers, professors, residence dons, peace officers, ambulance personnel, MDs, ER staff, persons working with the homeless, immigrants, visible minorities and other medical staff, other disciplines of child and adolescent health care.

Next, we have to practice true family-centered care. The youth and the family have to be an equal part of the team, on the same level as the clinicians, with perhaps patients being included on rounds here and there.

My next point, acute or not so acute, is what I call "resorts." When I was younger, my dream was to not enter a hospital but to go to a facility like our youth detention centre. We have certain cabins at the centre, and each has different needs. There are people with similar disorders in each cabin to allow them to come together for holistic activities like recreation.

Wait lists will be another issue. I am not sure what the situation is across Canada, but my top solution is more groups have to be organized. We have youth sitting on a wait list when we can bring them together and start talking earlier about mental illness and, therefore, we will know in what direction to refer these youth.

I feel mental health needs its own emergency system. Some people say this adds a stigma. I do not believe this; but there is a stigma. The waiting time is just inappropriate. I also believe in mobile crisis units. There is the transition from the youth to the adult mental health system. I was very young in transferring into the adult system and felt very alone — more programs, holistic day treatment, residential facilities.

The next point is departmental partnerships. We need seamless partnerships between education, health and justice departments. Community services need to be more efficient. With partnerships it will be more efficient, better financially, and everybody will be learning about mental health.

The next point is early education. We teach sex education pretty early, but we are not teaching mental health early enough. We have a lot of homeless youth who just cannot afford medication. They get out of the hospital and they run out of

Ensuite, il y a la prévention, la promotion et la lutte contre les préjugés. Tout d'abord, nous devons informer rapidement les étudiants et les enseignants. L'une des façons de procéder, dont j'ai fait l'expérience à titre de bénéficiaire, consiste à sensibiliser les jeunes à ma situation, mais nous devons également intégrer cela aux programmes d'enseignement, et les cliniciens doivent être en mesure d'informer les gens. L'autre volet de la prévention, de la promotion et de la lutte contre les préjugés consiste à éduquer les enseignants, les responsables des résidences, les agents de la paix, le personnel ambulancier, les médecins, le personnel des salles d'urgence, les personnes qui travaillent auprès des sans-abri, les immigrants, le personnel médical qui travaille avec les minorités visibles et d'autre personnel médical, et les gens qui travaillent dans d'autres domaines des soins de santé pour les enfants et les jeunes.

Ensuite, nous devons dispenser des soins qui sont vraiment axés sur la famille. Les jeunes et la famille doivent être des membres à part entière de l'équipe, au même niveau que les cliniciens, et peut-être avoir l'occasion de prendre part aux rondes, ici et là.

Mon prochain point concerne ce que j'appelle les « centres de villégiature ». Quand j'étais plus jeune, je rêvais d'aller non pas à l'hôpital, mais bien dans un établissement qui ressemble à nos centres de détention pour les jeunes. Nous avons certaines cabanes au centre, et chacune était destinée à un besoin différent. Il y avait des gens atteints de troubles similaires dans chacune, ce qui leur permettait de se réunir en vue de trouver des activités holistiques, comme les loisirs.

Les listes d'attente seront un autre problème. Je ne suis pas certain de l'ampleur du problème à l'échelle du pays, mais ma principale solution, c'est qu'il faut créer des groupes supplémentaires. Nous avons des jeunes qui pâtissent sur une liste d'attente, quand nous pourrions les regrouper et commencer à parler plus rapidement de maladie mentale, et, par conséquent, déterminer vers quels services ces jeunes devraient être dirigés.

Je crois qu'il faut créer un système de soins d'urgence propre à la santé mentale. Certains avancent que cela accroît la stigmatisation. Je ne suis pas de cet avis, mais il y a effectivement une stigmatisation. C'est juste que le délai d'attente est inacceptable. Je crois également à la création d'unités mobiles d'intervention d'urgence. Il y a la transition du système de soins de santé mentale pour les jeunes au système pour adultes. J'étais très jeune quand je suis passé dans le système pour adultes, et je me suis senti très seul — davantage de programmes, de soins holistiques de jour, d'installations résidentielles.

Il y a aussi les partenariats interministériels. Il faut que les ministères de l'Éducation, de la Santé et de la Justice établissent des partenariats. Les services communautaires doivent être plus efficaces. Grâce aux partenariats, ils seront plus efficaces, plus stables financièrement, et tout le monde sera sensibilisé aux enjeux touchant la santé mentale.

Nous devons également nous brancher sur l'éducation précoce. Nous enseignons la sexualité à nos enfants à un jeune âge, mais nous n'enseignons pas la santé mentale assez tôt. Nous avons beaucoup de jeunes sans-abri qui n'ont tout simplement pas les

medication. We need easier access to medications. I am hoping, this being a federal Senate, we will be able to communicate with and help these provincial departments I am talking about.

As a consumer with bipolar disorder and a professional mental health advocate, and as a huge baseball fan, I see this as the World Series for mental health, our chance to briefly cash in, just like the Red Sox. I am quite proud of Nova Scotia. We are in the process of creating mental health standards, and a lot of the effort is on child and adolescent mental health. I do see hope, especially with things like today's meeting.

The Chairman: Thank you, Mr. Cox. I will now introduce two of my colleagues who have joined us. Senator Landon Pearson some of you in the room already know. She has been involved in children's issues for a long time. Senator Trenholme Counsell is a former Lieutenant-Governor of New Brunswick but was also a family practitioner in New Brunswick for many years and has much familiarity with these issues.

I ask people to comment on this as the day goes on. When we put out our previous reports last November, we put on our website a short questionnaire, seven questions seeking input from consumers and family members, thinking we might get 75 or 100 replies. We took the questionnaire off the website when it got up to 550 because we just could not process any more data.

However, one of the things that struck all of us on the committee was that a number of the consumers said what Mr. Cox said, that the most important thing for them had been peer support. I make the observation that to the best of our knowledge, there is no government funding at any level for peer-support groups around the country. We believe that is the case. If anyone has a counter-example, we would like to know that.

Second, what specific recommendations can we make that will in fact help get the peer-support movement off the ground? Mr. Cox made the observation that we saw in responses to the questionnaire. Clearly there is a gap there. Any thoughts people have would be helpful.

Mr. Manion: I believe we will hear a lot of good ideas today from people who have done something worthwhile. The problem is that these ideas do not necessarily always come together. Perhaps it is the first time we have heard about a lot of these ideas, and perhaps that speaks to a lack of a cohesive system, a lack of a road map and the ability to benefit from what has already been done as opposed to reinventing the wheel.

moyens d'acheter des médicaments. Ils sortent de l'hôpital, et manquent de médicaments. Nous avons besoin d'un accès plus facile aux médicaments. J'espère, puisqu'il s'agit d'un sénat fédéral, que nous arriverons à communiquer avec les ministères provinciaux compétents et à les aider avec les enjeux dont je parle.

À titre de bénéficiaire atteint de trouble bipolaire et d'intervenant professionnel en santé mentale — et de grand amateur de baseball —, je considère ceci comme la Série mondiale de la santé mentale, notre chance de briller brièvement, tout comme les Red Sox. Je suis plutôt fier de la Nouvelle-Écosse. Nous élaborons actuellement des normes en matière de santé mentale, et une grande part de cet effort touche la santé mentale des enfants et des adolescents. J'ai de l'espoir, surtout à l'égard d'événements comme la rencontre d'aujourd'hui.

Le président : Merci, monsieur Cox. Je vais maintenant vous présenter deux de mes collègues, qui viennent tout juste de se joindre à nous. Le sénateur Landon Pearson, que certains d'entre vous connaissent déjà. Elle s'intéresse aux enjeux touchant les enfants depuis longtemps. Le sénateur Trenholme Counsell a déjà exercé les fonctions de lieutenant-gouverneur du Nouveau-Brunswick, mais elle a également été médecin de famille au Nouveau-Brunswick pendant de nombreuses années, et elle connaît bien ces enjeux.

J'invite les participants à formuler des commentaires à mesure que la journée avance. Quand nous avons déposé nos rapports antérieurs, en novembre dernier, nous avons versé sur notre site Web un bref questionnaire, sept questions visant à prendre le pouls de bénéficiaires et des membres de leur famille, pensant que 75 ou 100 personnes allaient y répondre. Nous avons retiré le questionnaire du site Web quand le compte des réponses a atteint 550, car nous n'étions tout simplement pas capables de traiter plus de données.

Toutefois, l'une des choses qui a frappé tous les membres du comité, c'est le nombre de bénéficiaires qui ont dit ce que M. Cox a dit, que la chose qui avait le plus d'importance pour eux était le soutien de leurs pairs. J'ai signalé qu'à notre connaissance, aucun ordre de gouvernement au pays ne prévoit du financement pour les groupes d'entraide. Nous croyons que c'est le cas. Si quelqu'un a un contre-exemple, nous aimerions bien en prendre connaissance.

Deuxièmement, quelles recommandations spécifiques pouvons-nous formuler en vue de faire démarrer un tel mouvement d'entraide? M. Cox a soulevé la question que nous avons vue dans les réponses au questionnaire. Il y a manifestement une lacune à cet égard. Nous sommes ouverts aux suggestions.

M. Manion : Je crois que nous allons entendre beaucoup de bonnes idées aujourd'hui, de la part de personnes qui ont fait quelque chose de valable. Le problème, c'est que ces idées ne se concrétisent pas nécessairement toujours. C'est peut-être la première fois que nous entendons parler d'un bon nombre de ces idées, et cela témoigne peut-être d'un manque de cohésion dans le système, de l'absence d'un plan d'action et de la capacité de miser sur ce qui a déjà été fait, au lieu de réinventer la roue.

One of the first points I wish to talk about is fragmentation. We can argue about whether we have a child and youth mental health system in Canada, let alone in each of the provinces, to guide some of our activities and make decisions about where funds should be directed. You see a lot of silos. There is now, as a colleague of mine would say, almost a garrison mentality. When funds are short, people tend to put their walls up, and it precludes conversation, it precludes partnership. There are notable exceptions where many of us have been able to partner successfully in innovative ways, but sometimes the garrison mentality prevents that great partnership from being replicated in another community with different partners.

Some of the places where we see the splits that we have to work hard to overcome are the different sectors of the academic community. Mr. Cox was referring to the need to look at child and youth mental health in the child welfare system, in the justice system, especially in the education system, and in the health system, where it is a predominant concern.

You talked about peer support, which is wonderful, but then you have a split between peer support and specialized care. There should not be a split there. The YouthNet model has been mentioned a couple times. One of the strengths of that model is that it is a youth-for-youth, by-youth program with a safety net of professionals, where you have the capability to cross some of those boundaries, those lines. You have a hand-off and a hand-back approach, as opposed to someone taking over and there being no communication down the line.

That speaks to my second point, which is the need for a continuum of care as we are trying to build this system. When we think about a mental health system for children and youth, we have to think all the way from mental health promotion, prevention, early identification, to treatment, rehabilitation and chronic care. I would actually argue with Senator Keon, if you would allow me to, about whether we need to focus on a specific, narrow window for prevention at the ages of zero to three or zero to six. Or do we have to recognize that along the developmental continuum there are key critical periods? A lot of new brain development occurs in early adolescence. We know that things are being re-organized in the brain, we know that behaviour changes are a function of that, and the challenges are different.

If you focus solely on one area you create another garrison. You are saying that that is where the funds should be directed, and that means that a generation of middle-years children and youth lose out, or a generation of adolescents lose out. Of course, if you lose a generation of adolescents you are actually losing the next generation of parents, who will parent

L'un des premiers points que je souhaite soulever concerne la fragmentation. On peut débattre de l'existence ou de l'inexistence d'un système de soins de santé mentale pour les enfants et les jeunes au Canada ou à plus forte raison dans chacune des provinces, qui guiderait certaines de nos activités et prendrait des décisions en ce qui concerne l'affectation des fonds. On voit beaucoup de cloisonnement. Il existe actuellement, comme dirait un de mes collègues, une mentalité de garnison. Quand il n'y a pas beaucoup d'argent, les gens ont tendance à établir des chasses gardées, et cela exclut toute conversation, tout partenariat. Il y a des exceptions remarquables, des cas où nombre d'entre nous avons été en mesure de réussir des partenariats novateurs, mais il arrive parfois que la mentalité de garnison empêche qu'on répète un partenariat fantastique dans d'autres collectivités, avec d'autres partenaires.

Parmi les endroits où il faut travailler dur pour surmonter le cloisonnement, mentionnons les divers secteurs du milieu universitaire. M. Cox parlait du besoin de se pencher sur la santé mentale des enfants et des jeunes dans les organismes de protection de la jeunesse, dans l'appareil judiciaire, et surtout dans le système d'éducation, et dans le système de soins de santé, où c'est une grande préoccupation.

Vous avez parlé d'entraide, ce qui est merveilleux, mais, encore là, il y a une division entre l'entraide et les soins spécialisés. Il ne devrait pas y avoir une telle division. Le modèle de YouthNet a été mentionné à plusieurs reprises. L'une des forces de ce modèle tient au fait qu'il s'agit d'un programme pour les jeunes, par les jeunes, jouissant du soutien d'un réseau de professionnels, offrant la possibilité de transcender ces limites, ces obstacles. On privilégie l'échange, une approche où l'on prend et l'on rend, au lieu d'avoir quelqu'un qui prend le contrôle et qui bloque toute communication dans l'organisation.

Ce qui m'amène à mon deuxième point, c'est-à-dire le besoin de maintenir un continuum de soins pendant que nous tentons de bâtir ce système. Quand on pense à un système de soins de santé mentale pour les enfants et les jeunes, il faut tenir compte de tous les aspects, de la promotion de la santé mentale jusqu'aux soins aux malades chroniques, en passant par la prévention, le repérage précoce, le traitement et la réadaptation. À vrai dire, je remettrai en question l'affirmation du sénateur Keon, si vous me le permettez, selon laquelle nous devons nous attacher à une fenêtre de prévention spécifique, de la naissance à trois ans, ou de la naissance à six ans. Peut-être nous faut-il reconnaître qu'il y a des périodes cruciales tout au long du développement? Une bonne part du développement cérébral a lieu au début de l'adolescence. Nous savons que certaines parties du cerveau se réorganisent, nous savons que les changements de comportement sont fonction de cela, et que les défis sont différents.

Si on s'attache uniquement à un aspect, on crée encore un cloisonnement. Vous avancez que c'est là que l'argent devrait être affecté, et cela signifie qu'une génération d'enfants plus âgés et de jeunes en ressortent perdants, ou qu'une génération d'adolescents en ressortent perdants. Bien sûr, si on perd une génération d'adolescents, on perd également la prochaine génération de

those zero-to-three-year-old children down the road. Therefore, you need to have a full appreciation of the continuum of care along a developmental continuum. That should be a key factor.

Another point is, and Mr. Cox has mentioned this, where are the opportunities for cross-training and continuing training of all those who may need to have information about child and youth mental health? It is not just mental health professionals whom we are solely lacking nationally. We are not training enough people across many disciplines to meet the need. We do not have an idea of what the need is. How many psychiatrists do we need? How many social workers do we need? How many psychologists do we need? How many child and youth workers with specialized training in child and youth mental health do we need? We do not have a clue, and the way we are organizing our training sectors does not reflect the needs down the road.

We can learn from some of the experiences of other countries who have faced this dilemma and realized where they have fallen short in terms of their needs. We also talk about training as not just continuing training. It is not just training teachers to understand child and youth mental health. That is essential. It is also training those who will become teachers at a fundamental stage of their education. How do they incorporate this into their curriculum? How do we incorporate it into the curriculum for family doctors and pediatricians? How do we incorporate it into training for police officers, lawyers, judges? They all will have an impact on what will be happening in child and youth mental health.

The next issue I want to speak to, and has been mentioned by Ms. Finlay, is research and integrating research in practice. It has been mentioned that there are great ideas but a lack of capacity when it comes to child and youth research. Some of that is a lack of one place where people feel they should be addressing their proposals. There are places that fund mental health research, and children and youth are a piece of that. There are places that fund health research, and mental health is a piece of that and child and youth mental health is a smaller piece.

Do we know where we want to encourage our researchers to send their research? Do we have enough researchers? Are we attracting researchers to this very important area of investigation? How do we create that fire in their bellies so they want to ask the important questions?

Most of the important questions are coming from those who are on the front line: the clinicians, the teachers, the parents. Where is their ability to have input on directing the research questions and directing funding to answering those questions?

parents, ceux qui seront responsables, plus tard, d'enfants âgés de moins de trois ans. Par conséquent, il faut envisager de façon globale le continuum de soins, et l'appliquer à toutes les étapes du développement. Ce serait un facteur clé.

Et voici un autre point, dont M. Cox a parlé : où sont les occasions de formation polyvalente et de formation continue pour toutes ces personnes qui auraient peut-être besoin d'informations au sujet de la santé mentale chez les enfants et les jeunes? Ce ne sont pas seulement les professionnels de la santé mentale qui affichent de graves lacunes à l'échelle nationale. Nous ne formons pas suffisamment de gens dans les nombreuses disciplines pour satisfaire à la demande. Nous n'avons aucune idée de l'ampleur de la demande. De combien de psychiatres avons-nous besoin? De combien de travailleurs sociaux avons-nous besoin? De combien de psychologues avons-nous besoin? De combien de travailleurs bénéficiant d'une formation spécialisée en santé mentale pour les enfants et les jeunes avons-nous besoin? Nous n'avons aucune idée, et la façon dont nous organisons nos secteurs de formation ne reflète pas les besoins futurs.

Nous pouvons tirer des leçons de l'expérience d'autres pays qui ont été confrontés à ce dilemme, et qui ont constaté qu'ils avaient sous-évalué leurs besoins. Il est question également de formation, pas seulement de formation continue. Il ne s'agit pas seulement de former les enseignants pour qu'ils comprennent les enjeux en matière de santé mentale des enfants et des jeunes. C'est essentiel. Il est également question de former les personnes qui deviendront enseignants à un stade fondamental de leur éducation. Comment intègrent-ils cela dans leur programme d'études? Comment peut-on intégrer cela au programme d'enseignement des médecins de famille et des pédiatres? Comment peut-on intégrer cela à la formation des agents de police, des avocats, des juges? Ils auront tous un impact sur ce qui arrivera au chapitre de la santé mentale des enfants et des jeunes.

La prochaine question dont j'aimerais parler, dont M. Finlay a déjà fait mention, concerne la recherche et l'intégration des résultats de la recherche à la pratique. On a mentionné qu'il y a des idées fantastiques, mais que la capacité est insuffisante lorsqu'il est question de recherches touchant les enfants et les jeunes. Cela tient en partie à l'absence d'un lieu centralisé où les gens estiment qu'ils devraient présenter leurs propositions. Il y a des endroits qui financent la recherche en santé mentale, et les enfants et les jeunes font partie de ceux-là. Il y a des endroits qui financent la recherche en santé, et la santé mentale fait partie de cela, et la santé mentale des enfants et des jeunes, cela représente une partie encore plus modeste.

Savons-nous où nous voulons encourager nos chercheurs à soumettre leur recherche? Avons-nous suffisamment de chercheurs? Est-ce que nous incitons des chercheurs à se lancer dans ce domaine de recherche très important? Comment pouvons-nous leur inculquer cette passion qui les poussera à se poser les questions importantes?

La plupart des questions importantes viennent des gens qui sont en première ligne : les cliniciens, les enseignants, les parents. En quoi sont-ils en mesure de contribuer à l'orientation des questions de recherche et à l'orientation des fonds pour répondre

Where is our opportunity to, in the tidal wave of service demand, allow some of those who have research questions to take the time to do the research, to partner with other researchers and increase uptake down the road? No one wants research to sit on a shelf. Sometimes, to increase uptake you have to find innovative ways or new models of doing research. Our systems and score sheets in academia do not always recognize those innovations, so do we have to change the way that we evaluate success in the academic sector to recognize the need for innovation?

The last point I want to make is on the issue of stigma. Stigma will affect the uptake of information, it will affect someone's ability to seek out care, and it will affect how we can convince people that there is a need to direct more funds to this area. The more people are talking about mental health, whether it is child and youth mental health or adult mental health, the better chance we have of changing people's perceptions and convincing them that one can live and function well, even when suffering from a mental illness or facing significant mental health concerns.

We have had some interesting strategies over the years, whether for physical health and well-being or prevention of smoking. Do we have a national strategy on de-stigmatization of mental illness? If so, who needs to direct that and from whom do we need guidance? I would venture to say that people like Mr. Cox, young people who have faced some of these problems, people who have children who have experienced these problems, people in the business sector who are willing to stand up and be champions for this, are all players who can have a significant impact on how we view mental health and illness nationally.

Senator LeBreton: On the question of stigma, is there any attention paid to not only the stigma the individual feels but the denial of family members? That is a huge problem. It seems to divide families. I was interested in the comments of Mr. Cox, too, about having the youth and the family involved.

When we are dealing with stigma, we tend to think of the individual and we are not dealing with the broader issue of denial in the extended family.

Mr. Manion: I absolutely agree with you. We have seen situations where the youth are quite enlightened. They realize they have a problem or have been picked up through a mental health promotion program screen and want to seek help, but the parents refuse to let them seek that help due to the possible aftermath.

à ces questions? À quel moment avons-nous l'occasion, sous le poids de la demande de service, de permettre à ceux qui ont des questions de recherche de prendre le temps d'effectuer des recherches, d'établir des partenariats avec d'autres chercheurs, et d'accroître la capacité d'exploitation de la recherche plus tard? Personne ne veut que la recherche finisse sur une tablette. Parfois, pour accroître la capacité d'exploitation de la recherche, il faut trouver des moyens novateurs ou de nouveaux modèles de recherche. Nos systèmes et nos barèmes d'évaluation en milieu universitaire ne reconnaissent pas toujours ces innovations, alors devons-nous changer la façon dont nous évaluons le succès dans le secteur universitaire, de façon à reconnaître le besoin d'innovation?

Le dernier point que je veux soulever concerne la stigmatisation. La stigmatisation mine l'acceptation de l'information, elle mine la capacité d'une personne de chercher de l'aide, et elle mine notre capacité de convaincre les gens qu'il faut affecter plus d'argent à cette question. Plus les gens entendront parler de santé mentale, qu'il s'agisse de santé mentale chez les enfants et les jeunes ou de santé mentale chez les adultes, plus nous arriverons à changer la perception des gens et à les convaincre qu'on peut bien vivre et bien fonctionner malgré une maladie mentale ou des problèmes importants au chapitre de la santé mentale.

Nous avons adopté des stratégies intéressantes au fil des ans, qu'il s'agisse de santé et de mieux-être physique ou de la prévention du tabagisme. Avons-nous établi une stratégie nationale sur la déstigmatisation de la maladie mentale? Dans l'affirmative, qui doit la diriger, de qui devons-nous obtenir des directives? J'avancerais que des gens comme M. Cox, des jeunes qui ont dû composer avec certains de ces problèmes, des gens qui ont des enfants aux prises avec ces problèmes, des gens du secteur privé qui sont disposés à prendre position et à promouvoir cette cause, tous ces gens sont autant d'intervenants qui influent de façon considérable sur notre façon de percevoir la santé et la maladie mentale à l'échelle nationale.

Le sénateur LeBreton : En ce qui concerne la stigmatisation, est-ce qu'on se penche non seulement sur la stigmatisation que ressent la personne, mais aussi sur le déni des membres de la famille? C'est un problème énorme. Cela semble diviser les familles. J'ai également été intéressée par les commentaires de M. Cox selon lesquels il faut faire participer les jeunes et leur famille.

Lorsque nous nous penchons sur la question de la stigmatisation, nous avons tendance à nous attacher au principal intéressé, au lieu d'envisager la situation dans son ensemble, y compris le déni dans la famille élargie.

M. Manion : Je suis tout à fait d'accord avec vous. Nous avons vu des situations où les jeunes sont très informés. Ils s'aperçoivent qu'ils ont un problème, ou ils ont été repérés dans le cadre d'un programme de promotion de la santé mentale, et ils veulent demander de l'aide, mais les parents refusent de les laisser faire

They fear the family will be labelled as having a member with a mental illness. It gets quite heated.

Therefore, when we talk about de-stigmatization, there are different strategies for different groups. There is also a huge cultural component. Different cultures view mental health and mental illness very differently. Some are quite open, and some are incredibly closed. For new Canadians struggling to fit into a new society, a mental health concern that could make them look like a greater burden on that society may be another reason to close the doors and not allow family members to seek help. Even though the help could dramatically turn their lives around and make it easier for them to adjust to a new society.

Senator Keon: Dr. Manion raised an issue that we have heard over and over, the huge problem of fragmentation and the lack of cohesion. There are some very good isolated services, but there is no overall plan. We are the only G8 country without a mental health strategy. It is still a long way off in Canada, but hopefully our report will precipitate the development of one.

Where, in the development of an overall mental health strategy for Canada, should the strategy for children fit? Should it be a separate strategy? Of course, the question of stigmatization is raised over and over again. Should this be part of the overall strategy? Should there be a targeted program of anti-stigmatization?

Ms. Finlay: As child advocates across the country, we deal with all children and all services. In Ontario we get 4,000 new cases every year, and 40 per cent of them have to do with children's mental health. The system has been failing kids. Our job as advocates is largely to steer these kids through a system that is complex and fragmented.

The other hat I am wearing, as I said earlier, is with the reference group for the Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health. The reference group is made up of parents or young people who have experienced the system, and they have gone one step further. These are parents whose children had difficulty navigating the system. Their children are now grown, so they have dedicated their time, their passion and their wisdom to developing services at the grassroots level for other families who might be facing the same kinds of situations.

The kinds of recommendations I am talking about today take into consideration both contexts: the national context of child advocates and the context of that particular reference group.

There must be a dramatic paradigm shift, both in how we understand mental health and configure services and in how we engage children, youth and families in providing these services. We presently view children's mental health on a continuum of

cela, en raison des répercussions possibles. Ils craignent que la famille ne soit étiquetée, en raison du fait qu'un membre souffre d'une maladie mentale. Cela donne lieu à des discussions plutôt passionnées.

Par conséquent, lorsque nous parlons de lutter contre la stigmatisation, les stratégies varient d'un groupe à l'autre. Il y a également un volet culturel énorme. La perception de la santé mentale et de la maladie mentale varie énormément d'une culture à l'autre. Certaines cultures sont plutôt ouvertes, et d'autres sont incroyablement fermées. Pour de nouveaux Canadiens qui luttent pour s'intégrer à une nouvelle société, un problème de santé mentale susceptible de les faire passer pour un fardeau pour cette société peut les pousser à fermer la porte et à ne pas permettre aux membres de la famille de demander de l'aide. Même si cette aide pourrait améliorer leur vie de façon importante et faciliter leur intégration dans une nouvelle société.

Le sénateur Keon : Le Dr Manion a soulevé une question que l'on mentionne encore et encore, c'est-à-dire l'énorme problème de fragmentation et l'absence de cohésion. Il y a de très bons services isolés, mais il n'y a pas de plan global. Nous sommes le seul pays du G8 qui n'est pas doté d'une stratégie relative à la santé mentale. Nous sommes encore loin de l'adoption d'une telle stratégie au Canada, mais nous espérons que notre rapport précipitera les choses.

Quelle devrait-être la place de la stratégie pour les enfants, dans le cadre d'une stratégie globale de la santé mentale pour le Canada? Devrait-il s'agir d'une stratégie distincte? Bien sûr, la question de la stigmatisation est soulevée constamment. Est-ce qu'on devrait intégrer cela à la stratégie d'ensemble? Devrait-on établir un programme destiné à lutter contre la stigmatisation?

Mme Finlay : À titre de défenseurs des enfants de partout au pays, nous nous intéressons à tous les enfants et à tous les services. En Ontario, nous recevons 4 000 nouveaux dossiers chaque année, et 40 p. 100 d'entre eux concernent la santé mentale d'un enfant. Le système a laissé tomber les enfants. Notre travail de défenseur consiste surtout à guider ces enfants dans un système qui est complexe et fragmenté.

Comme je l'ai dit plus tôt, je fais également partie du groupe témoin du Centre d'excellence pour la santé mentale des enfants et des jeunes. Le groupe témoin est constitué de parents ou de jeunes qui ont dû composer avec le système, et qui ont décidé d'aller plus loin. Ce sont les parents dont les enfants ont éprouvé de la difficulté à naviguer dans le système. Leurs enfants sont maintenant des adultes, alors ils consacrent leur temps, leur passion et leur sagesse à la mise au point de services communautaires pour d'autres familles susceptibles d'être confrontées aux mêmes genres de situations.

Les genres de recommandations dont je parle aujourd'hui tiennent compte des deux contextes : le contexte national des défenseurs de l'enfance, et le contexte de ce groupe témoin.

Il doit y avoir une évolution profonde tant de la façon dont nous envisageons la santé mentale et configurons les services que de la façon dont nous faisons participer les enfants, les jeunes et les familles à la prestation de ces services. À l'heure actuelle, la

care, from prevention to tertiary care, from the least intrusive to the most intrusive. Ministries line themselves up along that continuum. It is a systems model of defining need and service delivery that is largely self-serving. It is configured to serve agencies and institutions and become self-perpetuating.

We require a model that allows for the clustering of services. If we begin to view parents and children as collaborators in assessment, planning, delivery and evaluation of mental health services, it will force a family-based intervention, with the child and the family at the centre. As long as we have a provider-driven system, we will always have the families on the periphery. We need to move to a family-driven model that enables the child and the family to do well in their community. This would be a strength-based model, which means we will have to redefine how we look at mental health. Redefining our understanding of mental health is a paramount part of this. It must be defined by looking at the entire life of the child, and not just in terms of chronological life. Every part of a child's life represents their mental health.

We are looking at family-focused approaches like multi-systemic services or wraparound services, and quite frankly, in the evaluative research, it is not very promising. It does not go far enough. We need family-driven models where families can take leadership, responsibility and ownership in the treatment planning. There must be a transparent exchange of information and knowledge between the professionals and the families in order to fit the family's strengths and needs with the level and quality of care with which they are being provided. We have to match the mental health services to the consumer.

I have distributed a diagram that essentially shows the kind of system that families and children have to navigate to access services. The second diagram, where the child is at the centre and services configure around them, is a more appropriate model.

As Dr. Manion was saying, the services we have now are non-integrated, and for the most part we cannot penetrate those systems because of economic restrictions. A lot of our resources go to just navigating service systems. Every children's aid society in Ontario has an entire branch of people whose sole function is to navigate kids through the system. That should speak strongly to the system.

Even when we do navigate kids through the system, the service we finally get does not always fit the needs of the child. The service provider is often the entity that identifies the needs of the child, and they make every effort to approximate a service on that

santé mentale de l'enfant s'inscrit dans un continuum de soins, de la prévention jusqu'aux soins tertiaires, du moins effractif au plus effractif. Les ministères adoptent leurs activités à ce continuum. C'est un modèle de système axé sur la définition du besoin et la prestation de services qui sert essentiellement ses propres intérêts. Il est configuré de façon à servir les organismes et les institutions, et à s'autoregénérer.

Nous avons besoins d'un modèle qui favorise le regroupement des services. Si nous commençons à percevoir les parents et les enfants comme des collaborateurs au chapitre de l'évaluation, de la planification, de la prestation et de l'évaluation des services en santé mentale, cela va forcément mener à une intervention familiale, où l'enfant et la famille sont au centre. Tant que notre système sera axé sur le fournisseur, les familles seront toujours marginalisées. Nous devons adopter un modèle axé sur la famille qui permet à l'enfant et à la famille de bien vivre au sein de leur collectivité. C'est un modèle qui miserait sur les points forts, ce qui signifie que nous devons revoir notre façon d'envisager la santé mentale. La redéfinition de notre conception de la santé mentale est un élément primordial de cela. Cette redéfinition doit envisager l'ensemble de la vie de l'enfant, au lieu d'en examiner les diverses étapes. Chaque partie de la vie d'un enfant représente sa santé mentale.

Nous nous penchons sur des approches axées sur la famille, comme les services multisystèmes ou les services complémentaires, et, en toute franchise, les résultats des recherches évaluatives ne sont pas très prometteurs. Cela ne va pas assez loin. Nous avons besoin de modèles axés sur la famille, où la famille peut prendre en charge la planification du traitement, en assumer la responsabilité et la prendre en charge. Il faut favoriser la transparence de l'échange d'informations et de connaissances entre les professionnels et les familles afin de faire correspondre les points forts et les besoins de la famille avec le niveau et la qualité des soins qui lui sont fournis. Nous devons adapter les services de santé mentale aux besoins du bénéficiaire.

J'ai distribué un diagramme qui montre essentiellement le système auquel sont confrontés les familles et les enfants souhaitant accéder à des services. Le deuxième diagramme, où l'enfant est au centre et les services s'articulent autour de lui, est un modèle plus approprié.

Comme le disait le Dr Manion, les services que nous avons actuellement sont non intégrés, et, dans la plupart des cas, nous ne pouvons pénétrer dans ces systèmes en raison de restrictions économiques. Une large part de nos ressources est destinée seulement à naviguer dans les systèmes de service. Tous les organismes ontariens d'aide à l'enfance ont une section complète constituée de gens dont l'unique fonction est d'aider les enfants à naviguer dans le système. C'est une réalité qui devrait avoir une forte influence sur le système.

Même lorsque nous aidons des enfants à naviguer dans le système, le service qu'on finit par obtenir ne correspond pas toujours aux besoins de l'enfant. Le fournisseur de services est souvent l'entité qui cerne le besoin chez l'enfant, et il déploie tous

particular continuum, but it is often us trying to fit the kid into the service rather than the service wrapping around the young person.

On our inter-ministry provincial advisory committee, we have clinicians from across the province and four senior ministry officials from four different ministries to force the issue of integration. The hardest-to-serve cases in Ontario come forward to that committee. When they do, we ask that they identify to us where they have been for service previous to looking for resolution at the IMPAC table. What we find is they have been to, minimally, 20 children's mental health service providers, and they have been turned away. The intake goes to an agency, and the agency will determine if it is appropriate or not for that client to be served by them, instead of the agency welcoming the child into service.

We very much take a needs-based approach to service around children's mental health, but parents take a best-interest approach, which is quite different. We need to move to a best-interest approach so we can target key points in the child's life where service is required, and not just when the family is worn out and handing their child over for service.

The second piece is the need for children's mental health to be mandated through legislation. Youth justice, child protection and health are all mandated. As long as they are not mandated, legislated services, it allows service providers to essentially determine the kind of service they will or will not provide, as in the example of families shopping from place to place, as opposed to services wrapping around children and meeting their needs.

We know as well that children's mental health is at the centre of all other services. It is at the centre of youth justice, child protection, special-needs kids in the schools, kids on and off reserves and street kids. We need to value it to the point where we legislate it and mandate it as a necessary service.

We need to mandate that there be non-traditional and non-medical approaches in those services. We honour kinship relationships as a very valuable part of service delivery to families. As Mr. Cox stated, natural support networks like mentorships or peer groups are important.

Finally, I want to talk about special populations, and I will start with systems kids. Those are the kids who come into the care of the state and where we as a community and a society are the parents; and we are very poor parents. In Canada, we know that there are over 100,000 kids in the care of the state. Those kids, for whom there is a trajectory from child welfare into the youth

les efforts possibles pour offrir un service approximatif dans ce continuum de soins particuliers, mais on se retrouve plus souvent à adapter l'enfant aux services qu'à offrir un service qui s'adapte à la jeune personne.

Dans notre comité consultatif interministériel de l'Ontario, nous avons des cliniciens de partout dans la province ainsi que quatre cadres supérieurs de quatre ministères différents, et nous tentons d'imposer la question de l'intégration. Les cas les plus difficiles à servir en Ontario témoignent devant notre Comité. Quand ils le font, nous leur demandons à quel endroit ils ont tenté d'obtenir des services avant de recourir à notre Comité. Nous constatons qu'ils ont consulté, au minimum, 20 fournisseurs de services de santé mentale, et on les a renvoyés. Les gens se présentent à un organisme, et l'organisme détermine s'il est approprié de servir ce client, au lieu d'accueillir l'enfant et de lui dispenser des soins.

Nous appliquons une approche axée sur les besoins en ce qui concerne les services de santé mentale offerts aux enfants, mais les parents adoptent une approche axée sur les intérêts fondamentaux, ce qui est plutôt différent. Nous devons passer à une approche fondée sur les intérêts fondamentaux afin que nous puissions cibler les périodes clés de la vie d'un enfant où une intervention s'impose, au lieu d'intervenir seulement quand la famille n'en peut plus et remet son enfant entre nos mains.

Deuxièmement, il faut que la santé mentale des enfants fasse l'objet d'un mandat législatif. La justice pour les jeunes, la protection de l'enfance et la santé de l'enfance font tous l'objet d'un mandat. Tant qu'il ne s'agit pas de services autorisés, en vertu d'un mandat prévu dans une loi, on permet aux fournisseurs de services, essentiellement, de déterminer le type de services qu'ils vont dispenser ou ne pas dispenser — comme dans l'exemple des familles qui magasinent les services d'un établissement à l'autre —, au lieu d'offrir des services qui s'adaptent aux enfants et qui répondent à leurs besoins.

Nous savons également que la santé mentale des enfants est au centre de tous les autres services. Elle est au centre de la justice pour les jeunes, de la protection de l'enfance, des services offerts aux élèves ayant des besoins particuliers, aux enfants à l'extérieur et à l'intérieur des réserves, et aux enfants de la rue. Nous devons la valoriser à un point tel que nous légiférons sur la question, et prévoyons un mandat pour en faire un service nécessaire.

Ce mandat doit prévoir que ces services miseront également sur des approches novatrices et non médicales. Nous honorons les liens de parenté à titre d'élément très précieux de la prestation de services aux familles. Comme l'a déclaré M. Cox, les réseaux de soutien naturels, comme le mentorat ou les groupes d'entraide, sont importants.

Enfin, j'aimerais parler des populations ayant des besoins spéciaux, et je commence par les enfants du système. Ce sont les enfants qui sont pris en charge par l'État, et une collectivité et la société sont les parents; et nous sommes des parents très médiocres. Au Canada, nous savons que plus de 100 000 enfants sont sous la charge de l'État. Ces enfants, dont la trajectoire entre

justice system, receive catchments of children's mental health services along the way when we know at the beginning they need an intrusive intervention to help them through their lives.

My recommendation on these systems kids is for a comprehensive assessment at the front end, with decisive intervention at the point of their entry into the system and a constellation of services available to them.

As Mr. Cox said, transitional-age youth are a special population who fall through the cracks because they are making the transition from children's to adult services; and that is where the gap is. Dual-diagnosed kids fall through the cracks because they are between developmental services and mental health.

Aboriginal children and youth, and I will defer to my colleague, have the highest needs and are in the most remote areas. We too have reserves in the farthest parts of Northern Ontario. When we go to the schools, we see that over one-third of the kids in each class have high special needs that are not being assessed, let alone addressed. If that situation that we see in the remote communities were visible in Hamilton, Toronto, Vancouver or Halifax, we would not tolerate it.

Finally, I want to speak about community mobilization, how we need to move forward at a community and grassroots level to embrace systems reform and de-stigmatize the issue. It has to start at the community level and grow from there. It must be consumer driven, grassroots and recovery oriented, and it has to engage these young people in the dialogue in a meaningful way.

Schools can monitor and fortify the multiple determinants of mental health across the community as a community player. We need to create community mobilization templates that can be transferred from community to community across issues.

The Chairman: You have raised two issues that we can come back to, one of which goes back to the question that Senator LeBreton asked Dr. Manion. A family-centred model works fine if the family is prepared to be supportive and sympathetic. How do you deal with cases where they are not?

When we get to Mr. Mitchell and Dr. Van Daalen — and this is just an impression I have — the question is to what extent do the privacy laws create a problem in terms of bringing the family into the solution? To what extent do privacy laws constrain the service provider in being able to bring the family in? Does that

l'aide sociale à l'enfance et l'appareil judiciaire des jeunes est tracée, ont bénéficié de services de santé mentale ponctuels pendant leur croissance; or, nous savons fort bien qu'il faut effectuer une intervention envahissante dès le début afin de les aider tout au long de leur vie.

Ce que je recommande à l'égard de ces enfants du système, c'est qu'on procède à une évaluation initiale complète, assortie d'une intervention concluante au moment de leur entrée dans le système, et qu'on leur offre une constellation de services.

Comme l'a déclaré M. Cox, les jeunes qui traversent une phase de transition sont une population particulière qui passe entre les mailles du filet, car ils font la transition des services à l'enfance aux services destinés aux adultes; et c'est là qu'il y a des lacunes. Les enfants qui font l'objet d'un diagnostic mixte passe entre les mailles du filet, car ils tombent entre les services aux personnes atteintes d'un handicap de développement et les services de santé mentale.

Les enfants et les jeunes Autochtones — et à cet égard, je m'en remets à mon collègue — affichent les besoins les plus criants, et ils se trouvent dans les régions les plus éloignées. Nous avons également des réserves dans les régions les plus éloignées du nord de l'Ontario. Quand nous nous rendons dans les écoles, nous constatons que plus du tiers des enfants dans chaque classe ont des besoins particuliers très marqués qui ne sont même pas évalués, ou à plus forte raison satisfaits. Si la situation actuelle des collectivités éloignées était visible à Hamilton, à Toronto, à Vancouver ou à Halifax, on ne le tolérerait pas.

Enfin, j'aimerais parler de mobilisation communautaire, du besoin d'aller de l'avant, à l'échelon communautaire, en vue de faire place à une réforme des systèmes et de lutter contre la stigmatisation de cet enjeu. L'initiative doit faire son chemin à partir de l'échelon communautaire. Elle doit être menée par les bénéficiaires, axée sur la collectivité et le rétablissement, et elle doit permettre aux jeunes de participer de façon constructive au dialogue.

À titre d'intervenant communautaire, l'école peut surveiller et renforcer les multiples facteurs déterminants de la santé mentale dans la collectivité. Nous devons créer des modèles de mobilisation communautaires qui peuvent être transférés d'une collectivité à une autre, et appliqués à une diversité d'enjeux.

Le président : Vous avez soulevé deux questions auxquelles nous pourrions revenir, l'une d'elles revient à la question que le sénateur LeBreton a posée au Dr Manion. Un modèle axé sur la famille fonctionne bien si la famille est prête à offrir du soutien et de la sympathie. Que faire, alors, quand la famille n'est pas disposée à faire cela?

Quand nous arriverons à M. Mitchell et à la Dre Van Daalen — et c'est juste une impression de ma part — mais il faut déterminer à quel point les lois régissant la protection de la vie privée créent un problème pour ce qui est d'intégrer la famille à la solution. Dans quelle mesure les lois relatives à la protection de la vie privée

mean some changes may be needed for this unique, special category of people? We will come back to those questions.

Ms. Forge: I would like to say I am pleased to be here as a non-expert. I am an educator and not an expert in mental health. However, I believe that is part of a partnership that I will describe to you today. I have become expert in the needs around children's mental health and how school boards and providers can work together to provide service that is community based and child centred. Ms. Finlay, I appreciate your comments. I will address some of the issues that you have mentioned.

I am a superintendent responsible for special education, grades JK to 12, in a rural area slightly larger than Prince Edward Island. We have 43 elementary schools ranging in size from 60 students to 750, and 11 secondary schools ranging in size from 120 students to 1,200. We have one children's mental health agency, which has allowed us to do some things that might not have been done otherwise, and two children's aid societies. The closest specialized treatment centre is three hours away by car, when it is not snowing.

The only public transportation system is in one urban area, and it serves about 10 per cent of our population. The only other transportation system in the entire jurisdiction is run by the two school boards. Transportation for us is a major issue in the rural area. We cannot ask families to come for service. We have to take service to families, and we do so through the schools.

The partnership that we have with the local children's mental health agency has allowed us to provide a service that is community based, and while it does not wrap around the traditional or research-based context, it does wrap around the children and the families at the school.

I will not talk much about funding, but I will say that we are probably lucky that we have an underfunded agency in a rural area. I say "lucky" because it has forced us to do things differently. It has forced us to think about how we can combine minimal resources, whereas if we all had lots of money, we would probably have spent a lot of time putting up barriers rather than pulling them down. That is the last time I will say that we are lucky we are underfunded.

The program itself involves both the public and the Catholic district school boards. We have seven teams that are geographically based. Each team has a resource teacher and a behaviour lead teacher, or BLTs, as they are affectionately known. Those teachers are supplied and paid for by the local boards of education. That is a critical piece.

limitent-elles la capacité du fournisseur de services de faire appel à la famille? Est-ce que cela signifie qu'il faudra aborder certains changements à l'égard de cette catégorie unique, cette catégorie particulière de personnes? Nous reviendrons à ces questions.

Mme Forge : Je tiens à dire que je suis heureuse d'être ici à titre de non-expert. Je suis éducatrice, et je ne suis pas une experte de la santé mentale. Toutefois, je crois que cela s'inscrit dans un partenariat que je vais vous décrire aujourd'hui. Je suis devenu une experte des besoins des enfants en matière de santé mentale et de la façon dont les commissions scolaires et les fournisseurs de services peuvent travailler ensemble en vue de dispenser un service communautaire axé sur l'enfant. Madame Finlay, je vous remercie de vos commentaires. J'aborderai certains enjeux que vous avez soulevés.

Je suis surintendante responsable des services d'éducation spécialisés, de la prématernelle jusqu'à la douzième année, dans une région rurale légèrement plus étendue que l'Île-du-Prince-Édouard. Nous avons 43 écoles primaires dont le nombre d'élèves varie de 60 à 750, et 11 écoles secondaires comptant de 120 à 1 200 étudiants. Nous disposons d'un organisme de santé mentale pour enfants, ce qui nous a permis de faire des choses qui n'auraient peut-être pas pu se faire autrement, ainsi que deux sociétés d'aide à l'enfance. Le centre de traitement spécialisé le plus près est à trois heures, en auto, lorsqu'il ne neige pas.

Le seul réseau de transport en commun existant sert une région urbaine, ce qui correspond à environ 10 p. 100 de notre population. Le seul autre système de transport dans l'ensemble du territoire relève des deux commissions scolaires. Le transport est un enjeu important pour nous, dans les régions rurales. Nous ne pouvons demander aux familles de venir à nous pour obtenir des services. Nous devons amener le service aux familles, et nous le faisons par l'entremise des écoles.

Le partenariat que nous avons établi avec l'organisme local de santé mentale des enfants nous a permis d'offrir un service communautaire qui, même s'il ne correspond pas au contexte classique, axé sur la recherche, a l'avantage d'être adapté aux besoins des enfants et des familles à l'école.

Je ne parlerai pas beaucoup de financement, mais je dirai que nous sommes probablement chanceux d'avoir un organisme sous-financé dans une région rurale. Je dis « chanceux » parce que cela nous a forcés à faire les choses différemment. Cela nous a forcés à réfléchir aux façons de combiner le peu de ressources dont nous disposons, alors que si nous avions beaucoup d'argent, nous aurions probablement passé beaucoup de temps à établir des barrières au lieu de les éliminer. C'est la dernière fois que je dis que nous sommes chanceux d'être sous-financés.

Le programme suppose la participation des commissions scolaires de district public et catholique. Nous avons établi sept équipes de secteur. Chaque équipe est dotée d'un enseignant agissant à titre de personne-ressource ainsi que d'un enseignant dirigeant. Ces enseignants sont fournis et rémunérés par les conseils scolaires locaux. C'est un élément crucial.

We also have social workers on each of the teams. They are funded by the local children's mental health agency. Each team has a child and youth worker. The funding is cobbled together from municipalities, pilot-project money and some children and youth services money, but that is the one area we are continually hoping that we can fund on a year-to-year basis.

Each team works with a series of schools. Each team works through the identification of students. They work with anywhere from 10 to 12 families at a time. They work in conjunction with the school, the community and anyone else who needs to come to the table. That could be recreation facilities, if such exist, or any other community-based agency.

The teams provide the service at school, at home, and in the community and are interchangeable. Team members and teachers will go into homes; social workers will come into schools; child and youth workers will go everywhere. They work as a team. That has been our success. We work with families and the children 24 hour a day, not in a piecemeal fashion, not just for five hours of school.

There has been some research, but the results are that the program works. It works for the children and youth; it works for the parents; it works for the team members, and it works for the communities and the schools.

One of our successes is that we have built significant capacity in our own systems, in each other's systems and at the community level. Although we scramble every year for funding to make it work, there would be a hue and cry if we were to lose it.

I have to say that there was a hue and cry when we set it up. People did not like this idea. They were not sure about it. They really did not see us working across boundaries. We had to persevere and make it work.

We do not have children leaving their communities, and it works. Before this, children had to go three hours away from home. Parents had to travel three hours to see them maybe once a week, if they had a car and if they could get through the snow. They came back to our communities and to our schools, and while they may have experienced significant change in that tertiary setting, it did not translate back into the community or the school.

I would like to move directly to the recommendations. What makes this work is that education is a partner at the front end. We are not brought in at the end for a consultation. We are a partner at the front end in not only planning the service, but in funding it.

Nous avons également des travailleurs sociaux dans chacune des équipes. Ils sont financés par un organisme local de santé mentale pour enfants. Chaque équipe est dotée d'un intervenant qui travaille auprès des enfants et des jeunes. On arrive tant bien que mal à établir un budget, grâce à l'argent qu'on obtient des municipalités, des fonds destinés aux projets pilotes et de sommes destinées aux services pour les enfants et les jeunes, mais c'est un secteur que nous espérons continuellement pouvoir financer d'une année à l'autre.

Chaque équipe travaille avec une série d'écoles. Toutes les équipes fonctionnent grâce au repérage des étudiants. Elles interviennent auprès de 10 à 12 familles à tout moment. Elles collaborent avec l'école, la collectivité, et quiconque doit participer. Il pourrait s'agir d'organismes de loisirs, le cas échéant, ou de tout autre organisme communautaire.

Les équipes dispensent le service à l'école, à la maison, et au sein de la collectivité, et les intervenants sont interchangeables. Les membres de l'équipe et les enseignants vont dans les maisons; les travailleurs sociaux vont dans les écoles; les travailleurs qui interviennent auprès des enfants et des jeunes vont partout. Ils travaillent en équipe. C'est la clé de notre réussite. Nous travaillons avec les familles et les enfants 24 heures sur 24; ce n'est pas une approche fragmentée, on ne limite pas le service à cinq heures, à l'école.

On a mené des études, mais les résultats montrent que le programme fonctionne. Les enfants et les jeunes trouvent qu'il fonctionne; les parents trouvent qu'il fonctionne; les membres des équipes trouvent qu'il fonctionne; et les collectivités et les écoles trouvent qu'il fonctionne.

L'une de nos réalisations concerne le fait que nous avons considérablement renforcé la capacité de nos propres systèmes, des systèmes des autres, et de la collectivité. Même si nous devons nous démener chaque année pour trouver le financement nécessaire, la disparition du programme soulèverait la clameur publique.

Je dois dire qu'il y en a eu une quand nous l'avons créé. Les gens n'aimaient pas cette idée. Ils n'étaient pas convaincus que c'était une bonne idée. Ils ne croyaient pas vraiment que nous arriverions à surmonter les obstacles. Nous avons dû persévérer et faire en sorte que cela fonctionne.

Nous n'avons pas d'enfants qui quittent leur collectivité, et ça fonctionne. Auparavant, les enfants devaient s'en aller à trois heures de chez eux. Les parents devaient conduire pendant trois heures pour aller les voir, peut-être une fois par semaine, s'ils avaient une auto et s'ils arrivaient à composer avec la neige. Ils revenaient à nos collectivités et à nos écoles, et, même s'ils ont connu des changements importants dans ce contexte tertiaire, cela n'a pas donné les résultats escomptés au moment du retour dans la collectivité.

J'aimerais passer directement aux recommandations. Le succès de cette initiative tient au fait que le secteur de l'éducation est un partenaire de premier plan. On ne se contente pas de nous consulter à la fin. Nous sommes un partenaire de premier plan au

It happens from time to time, when nothing else is going on, schools see a need and the boards step in and try to do it all. They cannot and should not.

Schools must be recognized as a front door to service. We are the ones; kids will go to teachers. Teachers will recognize situations that families are maybe unwilling to. Teachers can help families to recognize those situations, because in fact, we have children from ages three to 18 in our system. We are the only place where they all come.

We have to connect with preschool children's mental health, and we do that. Now we have a preschool team in place, with a social worker and a child youth worker. If I can find a way to fund it, we will add a teacher to that team. One of the significant issues about preschool children is that they will hit that school door. When they do, they will be better for having had a teacher who has been able to help them understand what school looks like and how to make those transitions. It also helps the preschool team to navigate the system. We are a system, and we are very different from anybody else. We know it, and we need to provide the navigation tools and people to do that.

We must, as a nation and province, say that the service must be integrated. We do not have to say that it must look the same in every community. That is key. We need to talk about integration, not coordination. We need to recognize it will look different in each of our communities.

To that end, we have to provide the resources necessary to do the planning, to make it look different and to make it look appropriate. We have found that integrating services takes hard work and a lot of time to talk through the issues that invariably come up when you have two or more very different systems trying to work together. You cannot take for granted that people will understand your realities or that, over time, there will not be issues that will have to be dealt with. That is an expense that needs to be recognized if we are to integrate services.

We have found that incentives need to be provided. When services are integrated well, it allows reinvestment in the community of the funds that are saved. We can prove that we do save money through the way we provide our services. When we save money, there is no opportunity for us to reinvest it in our community. That is a significant issue for us. We invest anyway, but if we had even a part of the money that we save to reinvest, we could be growing our services. We grow them anyway. One partnership has led to several others. The bottom line is, if we had a way to reinvest those savings, it would be helpful.

chapitre non seulement de la planification du service, mais aussi du financement. Il arrive, de temps à autre, quand il ne se passe rien d'autre, que les écoles voient un besoin et que les commissions scolaires s'en mêlent et essaient de tout faire. Elles ne doivent pas faire cela, et elles ne devraient pas le faire.

Il faut reconnaître que les écoles sont une porte d'entrée pour la prestation de services. C'est nous : les enfants vont voir les enseignants. Les enseignants reconnaîtront l'existence de situations que les familles seront peut-être réticentes à reconnaître. Les enseignants peuvent aider les familles à reconnaître ces situations, car, de fait, nous avons des enfants de 3 à 18 ans dans notre système. Nous sommes le seul endroit où vont tous les enfants.

Nous devons surveiller la santé mentale des enfants d'âge préscolaire, et c'est ce que nous faisons. Nous avons maintenant une équipe affectée aux enfants d'âge préscolaire, dotée d'un travailleur social et d'un travailleur qui intervient auprès des enfants et des jeunes. Si j'arrive à trouver un moyen de financer cela, nous ajouterons un enseignant à cette équipe. L'un des grands enjeux, pour les enfants d'âge préscolaire, c'est qu'ils vont bientôt franchir la porte de l'école. Quand ils le feront, ils seront mieux préparés, car un enseignant les aura aidés à comprendre ce qu'est l'école, et à faire cette transition. Cela aide également l'équipe responsable des enfants d'âge préscolaire à naviguer dans le système. Nous formons un système, et il est très différent des systèmes qu'on trouve ailleurs. Nous en sommes conscients, et nous devons fournir les outils de navigation et les gens nécessaires pour faire cela.

Nous devons, en notre qualité de nation ou de province, dire que le service doit être intégré. Nous n'avons pas besoin de dire qu'il doit être pareil partout. C'est crucial. Nous devons parler non pas de coordination, mais bien d'intégration. Nous devons reconnaître que l'initiative variera d'une collectivité à l'autre.

À cette fin, nous devons prévoir les ressources nécessaires pour assurer la planification, veiller à ce que l'initiative soit différente et à ce qu'elle soit appropriée. Nous avons constaté que, pour intégrer les services, il faut travailler dur et passer beaucoup de temps à parler des enjeux — et il y en a toujours — lorsque deux systèmes très différents — ou plus — tentent de travailler ensemble. On ne peut pas tenir pour acquis que les gens vont comprendre notre réalité, ou que, avec le temps, il n'y aura pas de problèmes à régler. Nous devons reconnaître que l'intégration des services exige une telle dépense.

Nous avons découvert qu'il faut offrir des incitatifs. Quand les services sont bien intégrés, cela permet de réinvestir dans la collectivité les sommes économisées. Nous pouvons prouver que notre façon de dispenser les services permet de réaliser des économies. Quand nous économisons de l'argent, nous n'avons pas l'occasion de réinvestir cela dans notre collectivité. C'est un problème important pour nous. Nous investissons quand même, mais si nous pouvions utiliser ne serait-ce qu'une partie de ces économies que nous réinvestissons, nous pourrions étendre nos services. Nous les étendons quand même. Un partenariat a mené à plusieurs autres. Au bout du compte, si nous pouvions réinvestir ces économies, ce serait utile.

I should have mentioned at the beginning that we do have access to telepsychiatry. That has allowed us to be much more community based. We do not have a children's psychiatrist in our jurisdiction. Quite frankly, the wonderful access that we have had through telepsychiatry to, I believe it is over 200 psychiatric consultations, has allowed us to do things at the community level that we would not have been able to do otherwise. We need that access. We do not necessarily need it all the time, but we need the access and we need a pediatric community that is willing to support it.

I would like to underline something that Ms. Finlay said. Until I started researching this, I did not realize that children's mental health was not a mandated, legislated requirement. Education is; health is. It was unbelievable to me that as a society we have not legislated that. I believe we must do that, and I believe we have to mandate it as a separate provision, as part of mental health in our provinces. The question about connecting child and adult mental health is another issue for us. Invariably, our children's mental health issues will have some impact on adult mental health, on their families, or vice versa. Our connections there are not as good as they should be. We need to be making those connections between children's and adult mental health. They need to be separate but connected.

In looking at community-based support, we have to encourage innovation. We cannot expect that it will look the same in every community. However, it must be comprehensive and integrated. There must be a national children's mental health system.

Senator Pearson: Thank you to everyone who has spoken. Ms. Forge, I wish you could be cloned.

I had 22 years of experience in the Ottawa Board of Education on primary prevention in children's mental health, kindergarten to grade 6, a program called Children Learning for Living. The program worked extremely well when the model was in place, but we could never get out of that bind of being funded by the board of education. We tried to break into the health system to get the program mandated. Children's health should be mandated in every school system in all provinces and territories. I know that this is not a federal jurisdiction, but we can recommend it.

The Chairman: That has not stopped us in the past.

Senator Pearson: The partnership is important. The system has to buy into it, but it cannot do it alone. If it is alone, in the end, it is pushed off. You understand exactly what I am saying. I appreciate your comments.

J'aurais dû mentionner, au début, que nous avons accès à la télépsychiatrie. Cela nous a permis de veiller à ce que notre initiative soit beaucoup plus communautaire. Il n'y a aucun pédopsychiatre sur notre territoire. En toute franchise, l'accès merveilleux dont nous avons joui grâce à la télépsychiatrie — je crois que nous avons bénéficié de plus de 200 consultations psychiatriques — nous a permis de faire des choses à l'échelon communautaire que nous n'aurions pas été en mesure de faire autrement. Nous avons besoin de cet accès. Nous n'en avons pas nécessairement besoin tout le temps, mais nous avons besoin de l'accès, et nous avons besoin d'un milieu pédiatrique disposé à nous soutenir.

J'aimerais insister sur un point soulevé par Mme Finlay. Avant que j'effectue des recherches à cet égard, j'ignorais que la santé mentale des enfants n'était pas visée par une exigence, par un mandat législatif. L'éducation l'est; la santé l'est. J'avais peine à croire que notre société n'ait pas cru bon de légiférer sur cette question. Je crois que nous devons faire cela, et je crois que ce mandat doit faire l'objet d'une disposition distincte, dans le cadre d'une loi sur la santé mentale dans nos provinces. Le lien entre la santé mentale de l'enfant et celle de l'adulte est un autre enjeu important pour nous. Les problèmes de santé mentale de nos enfants auront toujours des répercussions sur leur santé mentale à l'âge adulte, sur leur famille, ou vice versa. Les liens que nous établissons à cet égard ne sont pas aussi bons qu'ils devraient l'être. Nous devons établir ces liens entre la santé mentale de l'enfant et celle de l'adulte. Ils doivent être non pas distincts, mais bien liés.

Lorsqu'on envisage le soutien communautaire, il faut encourager l'innovation. On ne peut s'attendre à ce que les initiatives soient pareilles dans toutes les collectivités. Toutefois, l'initiative doit être complète et intégrée. Il faut établir un système national pour la santé mentale des enfants.

Le sénateur Pearson : Merci à tous les témoins. Madame Forge, j'aimerais bien qu'on puisse vous cloner.

J'ai accumulé 22 ans d'expérience au Conseil scolaire d'Ottawa, dans un programme de prévention primaire axé sur la santé mentale des enfants, de la maternelle jusqu'à la sixième année, un programme qui s'appelait Children Learning for Living. Le programme fonctionnait très bien quand le modèle était en place, mais nous n'arrivions jamais à nous affranchir de cette dépendance financière envers le conseil scolaire. Nous avons tenté de nous intégrer au système de soins de santé afin que le programme soit autorisé. La santé des enfants devrait faire l'objet d'un mandat dans le système scolaire de toutes les provinces et de tous les territoires. Je sais que cela ne relève pas de la compétence fédérale, mais nous pouvons le recommander.

Le président : Cela ne nous a jamais arrêtés dans le passé.

Le sénateur Pearson : Le partenariat est important. Le système doit appuyer l'initiative, mais il ne peut y arriver seul. S'il fait cavalier seul, il finira pas abandonner. Vous comprenez exactement de quoi je parle. Je vous remercie de vos commentaires.

Stigmatization is something we always dealt with. We called our personnel “mental health workers,” and everybody disagreed and said they could not be called that because that is a stigma. We persisted because we wanted to break the stigma. I suspect one of the worst places for stigmatization is in the political system. Nobody in the political system dares admit that they have any kind of mental health problem. We should start among ourselves, to be honest.

The Chairman: On that note, when our committee began its work, we finished our other study and decided we would look at mental health. It took us literally less than 15 minutes to decide at an in camera meeting to study mental health because it turns out that a majority of members of the committee, including myself, had a member of their immediate family who has had significant mental illness. That was a surprise, but the bigger surprise was that in the two and a half years we had been doing our original study on the acute care system, we all knew about the physical health problems that our families had gone through. We knew that my wife had gone through chemotherapy. We knew that Senator LeBreton’s husband had had a heart attack. We knew a lot about everybody, but we found it interesting that none of us ever, in the course of the two and a half years, mentioned that we also had family members who in fact had a mental illness. We had just assumed automatically that stigma did not apply to us, and we suddenly discovered that there was an interesting subliminal message that it does.

Dr. Davidson: That reminds me of the joke about the definition of “minor surgery.” Minor surgery is surgery that happens in other people’s families. That is applicable to mental health.

I enjoyed both visiting with and hearing from Ms. Forge today about their wonderful approach. Obviously the school is the cog. I would mention, however, that not every kid goes to school. Every child has access to the school system, but I do not want us to lose sight of the fact that the kids who are experiencing the most difficulty are probably not making it to school, both for reasons of truancy and for reasons of school suspension. Both entities cover the waterfront of psychiatric disorder.

Senator Trenholme Counsell: Ms. Forge, what you said about your district was immensely exciting. I am anxious to learn whether this is at all typical across the nation. In New Brunswick, where I worked with families when I was in government and then in other capacities, it seemed to me there was a real breakdown between our early intervention, from zero to three or five, and when they got to school. I can say, with shame, that we had taken our public health nurses and most of our social workers out of the schools. It is a real struggle to get them back, and it is largely a human resource factor, which boils down to a budget factor. The

La stigmatisation est un phénomène auquel nous sommes toujours confrontés. On qualifiait notre personnel de « travailleurs en santé mentale », et tout le monde disait qu’on ne pouvait pas faire cela, en raison des préjugés rattachés à ce terme. Nous avons persisté parce que nous voulions briser les préjugés. Je soupçonne que le corps politique est l’un des pires endroits pour la stigmatisation. Aucun politicien n’oserait admettre qu’il est aux prises avec un problème de santé mentale. Nous devrions commencer par nous-mêmes, à vrai dire.

Le président : Sur cette note, quand notre Comité a commencé ses travaux, nous avons terminé l’étude précédente, et décidé que nous allions nous pencher sur la santé mentale. Nous n’avons même pas mis 15 minutes pour prendre cette décision d’étudier la santé mentale, à l’occasion d’une rencontre à huis clos, car nous avons constaté que la majorité des membres du Comité — moi y compris — avait un membre de la famille immédiate qui souffre d’une maladie mentale grave. C’était toute une surprise, mais nous étions d’autant plus surpris de constater que, au cours des deux années et demi où nous avons mené notre étude sur le système de soins de santé, nous étions tous au courant des problèmes de santé physique que les membres de nos familles respectives avaient éprouvés. Nous savions que mon épouse avait subi des traitements de chimiothérapie. Nous savions que le mari du sénateur LeBreton avait fait une crise cardiaque. Nous savions beaucoup de choses sur tout le monde, mais nous avons été intéressés par le fait qu’aucun de nous n’a jamais, au cours de ces deux années et demi, mentionné un membre de sa famille qui souffrait d’une maladie mentale. Nous avions automatiquement supposé que la stigmatisation ne s’appliquait pas à nous, et nous avons soudainement découvert un message subliminal intéressant qui nous dit le contraire.

Le Dr Davidson : Cela me rappelle les blagues au sujet de la définition de « chirurgie mineure » : la chirurgie mineure, c’est la chirurgie qui arrive à d’autres familles. Cela s’applique à la santé mentale.

J’ai aimé rencontrer et écouter Mme Forge aujourd’hui, qui nous a parlé de cette démarche formidable. De toute évidence, l’école est le pilier de tout ça. Toutefois, je tiens à souligner que ce ne sont pas tous les enfants qui vont à l’école. Ils ont tous accès au système scolaire, mais il ne faut pas perdre de vue le fait que les enfants ayant le plus de difficultés sont probablement ceux qui ne seront pas à l’école, parce qu’ils auront fait l’école buissonnière ou auront été suspendus. Dans les deux cas, il y a risque de troubles psychiatriques.

Le sénateur Trenholme Counsell : Madame Forge, ce que vous avez dit au sujet de votre district était tout à fait fascinant. J’ai hâte de savoir si cela s’applique à l’échelle du pays. Au Nouveau-Brunswick, où j’ai œuvré auprès de familles lorsque je travaillais pour le gouvernement et dans le cadre d’autres fonctions, j’avais l’impression qu’il y avait une véritable rupture entre le moment de nos interventions précoces auprès d’enfants âgés de zéro à trois ou cinq ans, et le moment où commençait l’école. J’ai honte de vous avouer que nous avions retiré des écoles nos infirmières de la santé publique et la plupart de nos travailleurs sociaux. Nous

wish is there, the desire is there, but the funding is not. It has been a low priority, like school libraries. There is a long list of low priorities, including art and music.

We are in a very exciting time in terms of the early childhood years. I sat with your minister last night, the Minister of Children and Youth Services for Ontario. She is extremely excited that these wraparound programs in pre-kindergarten will include early intervention, diagnostic and therapeutic services, opening the door to these problems very early. It is all wonderful news. However, the big challenge is to continue that on through the school years.

I feel confident we will do a better job than we have in the past through the quality learning and child care agenda and with what the provinces are now doing. This certainly is not new, and provinces are working very hard. I still think there is a break in reality in too many cases, although I cannot generalize, between all this early intervention and then the school years. I have absolute sympathy and praise for our teachers, because they need to have the support of other professionals, government and the greater community. That is a real challenge.

In terms of what Dr. Keon said, the early years are important. We know that some of this is development of self-esteem and all the things that can happen in the early years. Of course some of it is genetic, but it can all be picked up, and it has to continue through the school years.

I would like to hear from other provinces whether Ms. Forge's testimony is common.

The Chairman: On the basis of the evidence we have had from across the country in the past, if it is not unique in Canada, there are certainly less than three or four or five places that are using a combined program.

Senator Cochrane: Ms. Forge, I am interested in what you had to say. As an educator, I have not seen this system before. Would you describe your teams for me? Where are they working? Do you have one centre as a foundation for all of these teams? Do they come there to talk to each other when problems arise? Do they refer students to different personnel? How many children are you dealing with as superintendent in your entire jurisdiction?

Ms. Forge: In my particular board we have 21,000 children spread out across that geographical area. There would be another 4,000 in the Catholic district school board, so we have 25,000 children in total. That would be JK to 12.

avons beaucoup de difficultés à les ramener : nous n'arrivons pas à obtenir les ressources humaines requises parce que nous n'avons pas, en fait, le budget nécessaire. Nous le souhaitons ardemment, mais nous n'avons pas les fonds. Ce n'est pas une grande priorité, à l'instar des bibliothèques scolaires. Il y a beaucoup de secteurs auxquels on n'accorde pas beaucoup la priorité, notamment les arts et la musique.

C'est une période très excitante pour le développement de la petite enfance. J'ai rencontré votre ministre hier soir, la ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse pour l'Ontario. Elle est très contente des programmes complémentaires prévus pour la prématernelle, lesquels s'assortiront de services d'intervention précoces ainsi que de services diagnostiques et thérapeutiques, ce qui permettra de cerner les problèmes très rapidement. Ce sont de très bonnes nouvelles. Toutefois, le véritable enjeu est de poursuivre cela à l'école.

Je suis certaine que nous ferons mieux qu'avant grâce aux mesures prises pour améliorer l'apprentissage, au programme de garderies et aux efforts déployés actuellement par les provinces. Tout ça est loin d'être nouveau, et les provinces travaillent d'arrache-pied. Néanmoins, je continue de croire qu'il y a trop souvent un écart, même si je ne peux généraliser, entre tout ce qui est fait à ce stade d'intervention précoce et ce qui se passe ensuite à l'école. J'ai beaucoup de sympathie et de respect pour nos enseignants, car ils ont besoin de l'appui d'autres professionnels, du gouvernement et de l'ensemble de la collectivité. C'est tout un enjeu.

Au sujet de ce qu'a dit le Dr Keon, j'estime que les premières années sont très importantes. Comme nous le savons, il faut développer l'estime de soi des tout-petits et toutes ces autres choses qui peuvent se manifester. Bien sûr, c'est en partie génétique, mais les enfants peuvent apprendre tout ça, et ça doit se poursuivre à l'école.

J'aimerais que les représentants d'autres provinces me disent si ce dont a parlé Mme Forge dans son témoignage est chose courante.

Le président : D'après les renseignements que nous avons recueillis par le passé dans toutes les régions du pays, si ce n'est pas unique au Canada, il y a probablement moins de trois ou quatre, ou peut-être cinq endroits où l'on utilise un programme combiné.

Le sénateur Cochrane : Madame Forge, ce que vous avez dit m'intéresse. À titre d'enseignante, je n'ai jamais vu ce système avant. Pourriez-vous me décrire vos équipes? Où travaillent-elles? Est-ce que vous avez un centre de coordination pour toutes ces équipes? Est-ce qu'elles s'y réunissent pour discuter ensemble des problèmes auxquels elles font face? Est-ce qu'elles dirigent les élèves vers d'autres spécialistes? Combien d'enfants sont sous votre responsabilité à titre d'administratrice en chef pour l'ensemble de votre zone administrative?

Mme Forge : Dans ma commission scolaire, nous avons 21 000 enfants répartis dans la région géographique visée. Il y a aussi 4 000 enfants rattachés à la commission scolaire du district catholique, de sorte que nous en avons en tout 25 000. Ce sont des enfants de la prématernelle à la 12^e année.

The behaviour lead teachers, who are provided and paid for by the education sector, are part of a team, and they meet in teams. Because of our geography, it is critically important that they be available, so they work out of a particular school and a particular part of the area. They do come together as groups to study, learn, look at research and share strategies, but for the most part, it is the team of three — the teacher, the social worker and the youth worker — who work together on any given case and situation. They will do everything, including the child and youth worker going into the home — and that, oftentimes, is the first step, getting into the home — including the behaviour teacher going into the school to provide support for the classroom teacher and whatever needs to be done there, and including raising community involvement.

The teams each have about \$1,200 in discretionary funds. The teams say that the most important thing is that \$1,200, because it allows them to do things like buy recreation centre memberships, to do any number of things. They have paid for cosmetic surgery. They have done the whole nine yards.

Senator Cochrane: What is the name of your community?

Ms. Forge: We are Grey and Bruce County. The city is Owen Sound. These services are provided in places like Flesherton, Markdale, little towns of 1,000 people, right out into the country.

I have said something about growing this service. It is also important to mention that we have been able to take on other services as a result of providing these teams who work together. We have had significant success with using the same kind of model in other areas, particularly in our program for expelled pupils.

Ms. Whitenect: I am from New Brunswick, so I will speak about our experience and echo some points. There are many issues that I would love to raise, but I focused on four key ones that I thought would be recommendations to address some of what you want to include in a report.

In mental health services we talk about children and adolescent teams. We should call them “children and family teams” because we have to emphasize the need for family involvement and the importance of that.

I will give you a couple of examples in terms of the first recommendation, which is the need for coordinated children services. People have talked about that, but we need to emphasize it, because many services exist for children, but often they are scattered, with different mandates; people have different waiting lists and different ways to prioritize their service. I am not sure that needs to fall under one responsible centre. That makes it difficult and maybe creates barriers.

Les enseignants principaux en sciences comportementales, qui sont fournis et rémunérés par le secteur de l'enseignement, font partie d'une équipe et se rencontrent en équipes. En raison de notre constitution géographique, il est essentiel qu'ils soient en mesure de travailler n'importe où dans une école en particulier ou dans une partie spécifique de la région. Ils se réunissent en groupes pour évaluer la situation, apprendre, examiner les recherches et échanger des stratégies, mais ils forment généralement des équipes de trois membres — l'enseignant, le travailleur social et l'intervenant auprès des jeunes —, qui travaillent ensemble dans tous les cas et dans toutes les situations. Ils font tout; entre autres, l'intervenant auprès des enfants et des adolescents ira chez eux — ce qui, d'ailleurs, est souvent la première étape —, l'enseignant en sciences comportementales ira à l'école pour aider l'enseignant en salle de classe et offrir toute autre forme de soutien requis, et ils mobiliseront la collectivité.

Chacune des équipes a environ 1 200 \$ en fonds discrétionnaires. Les équipes disent que ces fonds sont essentiels, car ils leur permettent, par exemple, d'offrir des inscriptions aux centres de loisirs, entre autres choses. Ils ont offert aussi de payer des traitements de chirurgie esthétique. Bref, ils aident autant qu'ils peuvent.

Le sénateur Cochrane : Quel est le nom de votre collectivité?

Mme Forge : Nous sommes de Grey County et de Bruce County. La ville est Owen Sound. Ces services sont offerts à Flesherton et à Markdale, petites villes de 1 000 habitants, situées en plein cœur du pays.

Nous avons parlé d'élargir ces services. Il importe également de souligner que nous pouvons offrir davantage de services depuis que ces équipes travaillent ensemble. Nous avons très bien réussi en utilisant le même genre de modèle que dans d'autres régions, notamment pour notre programme à l'intention des élèves expulsés.

Mme Whitenect : Comme je suis originaire du Nouveau-Brunswick, je parlerai de notre expérience et j'évoquerai certains points. J'aurais beaucoup d'enjeux à soulever, mais je m'en tiendrai à quatre recommandations essentielles, qui devraient s'inscrire, à mon avis, dans votre rapport.

Dans le domaine des services de santé mentale, nous parlons d'équipes d'enfants et d'adolescents. Nous devrions plutôt parler « d'équipes d'enfants et de familles », car nous devons souligner l'importance d'obtenir la participation des familles.

Je vais vous donner quelques exemples de ce que suppose la première recommandation, soit celle d'établir des services à l'enfance coordonnés. Les gens en ont parlé, mais nous devons souligner l'importance, car il y a de nombreux services à l'enfance, mais ils sont souvent éparpillés un peu partout, de sorte qu'ils ont différents mandats, différentes listes d'attente et différentes façons d'établir leurs priorités en matière de service. Je ne suis pas sûre qu'on doive assigner à un centre toutes ces responsabilités. C'est trop difficile à faire, et cela peut créer des barrières.

One approach we have used in New Brunswick is comprehensive case conferencing. We talk about case conferencing a lot in terms of children and adolescents in the schools, in mental health, in the child welfare system. Often, because of demands for service, wait lists or mandates, people do not make the time. We have to look at mandating that and linking it to funding. People have to come together and bring their resources for children, their issues, to the table. That is important because all the service providers do bring their resources, and sometimes we do not always know the limitations of our partners. It is important that we know and understand the dynamics. We will if we are sitting at the same table.

By using a case conference model, having people at the table, you can get past some of the consent issues and legislative barriers because the family and the child are present. They are giving their consent. You get past some of those blockages around privacy and privacy acts. Plus, you also have buy-in. They are part of the process, they are at the centre. That is a key responsibility. It also identifies the gaps. When an issue comes forward that no one is able to deal with, then sometimes people are able to pool their resources and say, "It is not exactly our mandate, but if we push there and you push there, we will be able to do that."

In New Brunswick, we have tried to link that to funding. We have two comprehensive ways in which we do case conferencing. One is our youth treatment program. I know B.C has a similar wraparound program. It is difficult, and we have to justify it every year in terms of the funding. It involves four departments, education, child welfare, justice and mental health services. Mental health happens to be the lead, but all those service providers bring not only their resources but their dollars to the table. They all bring something unique to that table.

We have 13 community youth treatment teams and a centre of excellence where youth go if they need a particular diagnosis, because this relates to conduct disorder. The result is that most of our work is done in the communities and most of our young people do not need to go for the elaborate assessment. People in the 13 communities, all those four agencies, come together and bring what they have to the table, but they also bring their struggles with what they have not been able to accomplish for the young person. Again, it is always keeping that in place, because it is no one's particular mandate to come to the table. It is an important example of how it works.

Au Nouveau-Brunswick, nous avons notamment adopté une démarche fondée sur des conférences de cas exhaustives. Nous parlons beaucoup de conférences de cas relatives aux enfants et aux adolescents dans les écoles, dans le secteur de la santé mentale et dans les organismes de protection de la jeunesse. Souvent, en raison de la forte demande en services, des listes d'attente ou des mandats, les gens ne prennent pas le temps qu'il faut. Nous devons envisager de formuler un mandat à cet égard et de le relier au financement. Les gens doivent travailler ensemble, partager avec le groupe les ressources dont ils disposent pour aider les enfants, et soumettre leurs enjeux à la discussion. C'est important parce que tous les fournisseurs de service ont des ressources à partager, mais que nous ne connaissons pas toujours les limites de nos partenaires. Nous devons connaître et comprendre leur dynamique. Nous le pourrions si nous sommes tous assis à la même table.

En utilisant un modèle de conférences de cas et en réunissant les gens, on peut parfois obtenir le consentement requis et surmonter des obstacles législatifs, étant donné que la famille et l'enfant sont présents. Ils peuvent donc donner leur consentement. Cela permet d'éliminer certaines barrières que posent les droits au respect de la vie privée et les lois sur la protection des renseignements personnels. En outre, on obtient l'accord des gens. Ils font partie du processus et sont au centre. C'est une responsabilité clé. Cela permet aussi de cerner les lacunes. Lorsqu'on fait face à un problème que personne ne peut résoudre, les gens peuvent alors combiner leurs ressources et dire : « Ce n'est pas vraiment dans notre mandat, mais nous pourrions faire ceci ou cela, ce qui nous permettrait d'arriver à nos fins . »

Au Nouveau-Brunswick, nous avons essayé de relier tout ça au financement. Nous avons deux grands moyens pour mener les conférences de cas. Entre autres, nous avons un programme de traitement des jeunes. Je sais que la Colombie-Britannique a un programme complémentaire semblable. C'est difficile, et nous devons justifier son existence chaque année pour qu'il soit financé. Il mobilise quatre ministères, dans le domaine des services de l'enseignement, de la protection de l'enfance, de la justice et de la santé mentale. Les services de santé mentale dirigent le tout, mais tous ces fournisseurs de services partagent non seulement leurs ressources, mais aussi leurs fonds avec le groupe. Ils apportent tous une contribution spéciale au groupe.

Nous avons 13 équipes communautaires de traitement des jeunes et un centre d'excellence où les jeunes peuvent se rendre pour obtenir un diagnostic précis, car cela a trait au trouble des conduites. Résultat : la majeure partie de notre travail est effectuée dans les collectivités, et la plupart de nos jeunes n'ont pas besoin de faire l'objet d'une évaluation complète. Les membres de ces 13 collectivités et ces quatre organismes travaillent ensemble et partagent leurs ressources avec le groupe, en plus de lui soumettre leurs problèmes lorsqu'ils n'ont pas réussi à aider le jeune comme ils l'auraient voulu. Là encore, cela permet de garder le tout en place, car aucun des partenaires n'est vraiment tenu de soumettre ces enjeux à la discussion. C'est un exemple patent de ce qu'on peut faire.

With the changeover from the Young Offenders Act to the new Criminal Youth Justice Act, case conferencing is now mandatory. When a young person commits an offence, the judge orders the community partners to have a case conference before sentencing. It is too bad that the young person has to commit an offence before we can legislate case conferencing.

We have seen the importance of people coming together because it is mandated. People say, "I have waiting lists," and this and that. If a judge says "You will do it," you do it. We have seen some positive results. It has not overtaxed our people because it is only in those very difficult cases, those high-need situations that we all encounter that we throw our resources onto the table. I will not overemphasize that, but if we start acting strategically and say our funding dollars are linked to doing these case conferences, thus reshaping the way people do their work, then we can achieve that.

The second point was on a national or provincial strategy. My dilemma is should we have an overall mental health strategy or do we need one specifically for children. We are lost in the overall picture of mental health, and we approach it so differently. A lot of times, with adults, there are all those privacy issues. With children, we need to come to the table with our information and to get past that. I struggle with it being an add-on to another way to do that. I am open to realizing that creates more difficulties. Getting child and adolescent services on the radar screen is tough.

A lot is happening in the early childhood initiatives. A lot of federal funding has come to the provinces for those initiatives, but I want to echo some of the concerns that people have raised. Once they start school, we have already done a lot; we have put in a lot of effort. We are really moving forward on a great plan and everyone is on the same page. All of a sudden, they start kindergarten, and guess what? That is the end of that. We need to continue with those whom we are targeting, because adolescence is so difficult. If we drop the service at that level, we are missing the boat. I will not overemphasize that because we have talked about it.

Early detection, intervention and targeting youth are very important issues. We have early psychosis programs and mobile crisis services. I know other provinces do also, but many times they start at age 19. Children are not a part of that. If they are, it is an adaptation of what exists. We have to look at strategies for early identification and following these children. We need changes

Depuis qu'on a passé de la Loi sur les jeunes contrevenants à la nouvelle Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, les conférences de cas sont obligatoires. Lorsqu'un jeune commet une infraction, le juge ordonne aux partenaires communautaires d'organiser une conférence de cas avant qu'il ne détermine la peine. C'est bien dommage que le jeune doive commettre une infraction pour qu'une conférence de cas se tienne en vertu de la loi.

Nous avons vu à quel point il importe que les gens travaillent ensemble lorsqu'il le faut. Les gens disent : « J'ai des listes d'attente », et patati et patata. Si un juge leur ordonne de le faire, alors ils le font. Nous avons vu des résultats positifs. Nos gens ne sont pas surchargés, car c'est seulement dans des cas très difficiles et des situations extrêmes que nous devons partager nos ressources avec le groupe. Sans vouloir trop me répéter, si nous commençons à agir de façon stratégique et à dire que notre financement dépend de l'application de ces conférences de cas, nous pourrions restructurer les méthodes de travail des gens et atteindre les résultats voulus.

Mon deuxième point porte sur une stratégie nationale ou provinciale. Mon dilemme est le suivant : devrions-nous avoir une stratégie globale sur la santé mentale, ou faut-il en avoir une spécialement pour les enfants. Nous sommes perdus dans le dédale du système de santé mentale : nous abordons tous la question de façon tellement différente. Avec les adultes, il faut souvent tenir compte de tous les enjeux liés à la protection des renseignements personnels. Avec les enfants, nous devons soumettre nos renseignements au groupe, puis prendre des moyens d'action. Je ne voudrais pas que ça devienne un fardeau supplémentaire pour quelque chose qu'on aurait pu régler autrement. Je me rends compte que cela risque de créer plus de difficultés qu'autre chose. C'est difficile de mettre à l'avant-plan les services à l'enfance et à la jeunesse.

Les choses bougent beaucoup en ce qui a trait aux initiatives relatives à la petite enfance. Les provinces ont reçu beaucoup de financement pour ces initiatives, mais je tiens à vous faire part de certaines des préoccupations que les gens ont soulevées. Lorsque les enfants commencent l'école, nous avons déjà beaucoup fait pour eux et déployé beaucoup d'efforts. Nous sommes en train de mettre en œuvre un très bon plan, et tout le monde est sur la même longueur d'onde. Mais tout d'un coup, les enfants commencent la maternelle, et devinez quoi? C'est la fin de tout ça. Nous devons continuer d'aider ces enfants, car l'adolescence est une période tellement difficile. Si nous arrêtons de fournir des services à ce stade, nous manquons le bateau. J'essaierai de ne pas trop me répéter, car j'en ai déjà parlé.

La détection, l'intervention et le ciblage précoces en ce qui concerne les jeunes sont des activités très importantes. Nous avons des programmes de traitement des psychoses précoces et des services mobiles d'aide d'urgence. Je sais que d'autres provinces en offrent également, mais aux jeunes âgés de 19 ans et plus dans la plupart des cas. Les enfants ne sont pas inclus. S'ils

to the child welfare legislation, because its jurisdiction ends at age 16. In New Brunswick, for 16- to 19- year-olds, there is a huge void.

I did a position paper on this at university, and it has not changed in 20 years. We are struggling with the issue of 16- to 19-year-olds. That is one of the most difficult phases of life, and we lose our child welfare supports, the housing, et cetera.

I was talking to Mr. Mitchell about advocacy. There are two provinces in this country that do not have youth advocates and New Brunswick is one of them. That speaks volumes about how we are able to move services forward.

I come to my last point, and this one is controversial. We talk about accountability frameworks a lot because we have to justify funding dollars. It is difficult because there are a lot of priorities out there. When we look at funding for child and adolescent services, we need to look at two-to-one dollar funding for community services versus health care institutions. If we want to do a good job of service provision, we have to allot our funding to the community, because that is where the children are. Often, we are the ones trying to fight for every dollar. Thank you for your time.

The Chairman: We were at a conference in Calgary where we were talking about exactly that.

Mr. Mussell: Thank you. I did not mention when I introduced myself earlier that I am a First Nations person. I was born and raised and live in a First Nation, and have provided leadership for many years in our communities. One of the biggest challenges that I have dealt with is trying to understand why we live as we do.

It is relevant to our discussion today.

I attended university and did an arts and science degree. I worked as a probation officer then moved to parole services after getting my credentials in social work. I became a high school teacher, did graduate work in adult education and have now been working in mental health for many years.

Eight weeks ago, I was in New Zealand at an international conference of leaders in mental health attended by seven nations. They are hoping that Canada will become an eighth nation. I was the sixth speaker on a panel in the final afternoon. We were asked

le sont, c'est en fonction de ce qui existe déjà. Nous devons élaborer des stratégies de dépistage précoce et suivre ces enfants. Nous devons apporter des modifications à la loi sur les services à la famille, car elle s'applique seulement aux jeunes âgés de moins de 16 ans. Au Nouveau-Brunswick, il y a un grand vide pour les jeunes âgés de 16 à 19 ans.

J'ai rédigé un exposé de principe sur cette question à l'université, et rien n'a changé depuis 20 ans. Nous essayons de résoudre le problème des 16 à 19 ans. C'est l'une des périodes les plus difficiles de la vie, et voilà que nous perdons les mesures d'aide sociale à l'enfance, les mesures d'aide au logement, et ainsi de suite.

J'ai eu une conversation avec M. Mitchell au sujet de la défense des droits. Dans notre pays, deux provinces n'ont pas d'organisme de défense des droits des jeunes, et le Nouveau-Brunswick est l'une d'elle. Cela en dit long sur notre capacité de faire avancer les services dans ce domaine.

J'arrive à mon dernier point, qui est plutôt controversé. Nous parlons beaucoup de cadres redditionnels, car nous devons justifier le financement. C'est difficile parce qu'il y a beaucoup de priorités au pays. Lorsque nous envisageons de financer des services à l'enfance et à l'adolescence, nous devons envisager une formule de financement selon laquelle on s'engage à verser 2 \$ pour chaque dollar investi dans les services communautaires, à la place des établissements de services de santé. Si nous voulons dispenser de bons services, nous devons distribuer nos fonds dans la collectivité, car c'est là que se trouvent les enfants. Souvent, nous devons nous battre pour chaque dollar. Merci de votre temps.

Le président : Nous avons participé à une conférence à Calgary, où nous parlions justement de ça.

M. Mussell : Merci. Lorsque je me suis présenté tout à l'heure, j'ai oublié de préciser que je suis membre des Premières nations. Je suis né, j'ai été élevé et je vis dans le milieu des Premières nations, et j'ai été un chef de file pour nos collectivités pendant de nombreuses années. J'ai eu de grands défis à relever, notamment essayer de comprendre pourquoi nous vivons comme nous le faisons.

C'est pertinent pour notre discussion d'aujourd'hui.

J'ai obtenu un diplôme en arts et en sciences à l'université. J'ai travaillé comme agent de probation, puis j'ai passé au secteur des libérations conditionnelles après avoir reçu mes titres de compétences en travail social. J'ai enseigné au niveau secondaire et effectué des études supérieures dans le domaine de l'éducation des adultes, et je travaille maintenant depuis de nombreuses années dans le secteur de la santé mentale.

Il y a huit semaines, j'étais en Nouvelle-Zélande, où se donnait une conférence internationale des chefs de file dans le domaine de la santé mentale, à laquelle participaient sept pays. Ceux-ci espèrent que le Canada se joindra à eux. J'étais le sixième

to speculate on our vision for the future of mental health in our nation. The five other speakers mentioned fixing up existing systems, most of which have many faults.

I was not able to talk about fixing up an existing system because we simply do not have one. I recently read proceedings of consultations dealing with collaborative care, and people in the Yukon are saying, for instance, "The closest I get to any kind of mental health service in this country is to go through the courts and end up in jail." Many isolated communities have no access to resources. The first point is that there is no system. There is a need for a seamless system. I will give reasons for that later.

Turning to the subject of current programs, a few of us in First Nations, off and on reserve, have some familiarity with the spotty nature of the service and how strongly Western those services are, and therefore, not necessarily relevant to the realities of the lives of people with the difficulties.

What is being attempted today across the country is what I would best describe as a cookie-cutter approach. What is being done with other people in the country, the practitioners are attempting to do to us. We have significant evidence to demonstrate that that will not work.

Research that has been done repeatedly describes the effects of our colonization. There is no sense repeating what history tells us because we know what the problems and issues are. However, there is no documentation of the good ways of life prior to contact.

Elders today will say that the answers are in our history; the answers are in our past. I believe that. No one has taken the time to begin to research and document those good ways.

The notion of culture skews perception of what that reality is. The notion of best practices skews the perception of what that life was about. There are many parts of the language that we deal with that we have been required to learn as Canadians, but as people of a different cultural background, that has not been helpful to us in beginning to establish a foundation for what we require for health and wellness.

The focus has been on our deficiencies, not on our strengths. I fully support the idea of a strength-based approach. Conditions for health and mental health were based on understanding the good ways of our indigenous cultures of North America.

Why do people urge the involvement of elders as advisers in regard to meetings, conferences and the strategic planning we are doing? Non-Aboriginals say that as well. Elders are closer to the

conférencier au cours d'un panel qui se donnait dans l'après-midi, dernier jour. Nous devons décrire comment nous envisageons l'avenir de la santé mentale dans notre pays. Les cinq autres conférenciers ont parlé d'améliorer les systèmes actuels, dont la plupart comportaient beaucoup de lacunes.

Je n'ai pas pu parler d'améliorer un système actuel, puisque nous n'en avons carrément pas. Récemment, j'ai lu le compte rendu de consultations portant sur les soins collaboratifs, et les gens du Yukon disent, par exemple, que la meilleure façon pour obtenir des services de santé mentale au pays, c'est de passer par les tribunaux et de se retrouver en prison. Beaucoup de collectivités isolées n'ont pas accès à des ressources. La raison principale, c'est qu'il n'y a pas de système. Nous devons établir un système continu. Je m'expliquerai plus loin.

En ce qui a trait aux programmes actuels, quelques-uns d'entre nous, membres des Premières nations qui vivons à l'extérieur ou à l'intérieur des réserves, savons bien que ces services sont offerts de façon inégale et visent surtout à répondre aux besoins des Occidentaux, de sorte qu'ils ne reflètent pas nécessairement les réalités de nos gens et leurs difficultés.

Ce qu'on essaie de faire à l'heure actuelle dans l'ensemble du pays, c'est appliquer ce que j'appellerais une approche à l'emporte-pièce. Les praticiens essaient de faire avec nous ce qu'on essaie de faire actuellement avec d'autres personnes au pays. Beaucoup de données prouvent que ça ne pourrait pas fonctionner.

Les recherches ont sans cesse montré les effets de notre colonisation. Ça n'a pas de sens : pourquoi voudrions-nous répéter l'histoire, alors que nous savons très bien à quels problèmes et difficultés nous nous exposons. Par ailleurs, il n'existe aucune documentation sur les bons modes de vie adoptés avant la colonisation.

De nos jours, les aînés nous disent que les réponses se trouvent dans notre histoire, dans notre passé. Je le crois. Personne ne s'est donné la peine d'entreprendre des recherches sur ces bons modes de vie, ni de les documenter.

La notion de culture déforme notre conception de la réalité. La notion de pratiques exemplaires déforme notre conception de ce qu'est vraiment la vie. De nombreuses facettes de la langue que nous avons apprise nous sont nécessaires à titre de Canadiens, mais en tant que personnes d'un milieu culturel différent, cela ne nous a pas aidés à établir l'assise dont nous avons besoin pour assurer notre santé et notre bien-être.

Au lieu de mettre l'accent sur nos forces, nous avons mis l'accent sur nos faiblesses. Je soutiens entièrement l'idée d'une approche axée sur les forces. Les conditions de la santé physique et mentale doivent être établies en fonction de notre connaissance des bons modes de vie qu'avaient adoptés nos cultures autochtones d'Amérique du Nord.

Pourquoi les gens demandent-ils que les aînés fassent office de conseillers dans les réunions, les conférences et les activités de planification stratégique que nous menons? Même les personnes

historical circumstance, they know more about it, but it has not been taught very well. The existing educational systems have not taught it to us. We are not expecting that system to teach it to us.

I was at a conference last week organized by Health Canada because they are interested in knowing how we can use the \$100 million of the \$700 million dedicated to Aboriginal para-professionals and professional health technicians, how we can train them. The CEO of the AFN said that government looks at the 5 per cent of the Aboriginal population that has been successful, mostly the people sitting in that room. That money is not for that 5 per cent; it is for the 95 per cent who are not there. He makes an extremely good point. The 5 per cent will be successful regardless of circumstances. The 5 per cent are those who have a strong connection with the cultural foundation, but that has not been researched and identified very well.

In regard to that cultural foundation, it is important to know the significance of place, to know the place of our ancestors, where the spirits of our predecessors exist. The boundaries of our territory help us to establish who and what we are, to whom we belong, how we are similar to other indigenous peoples and how we are different.

The significance of language and literacy is powerful. In most places across this land, our traditional languages were taken away from us. This is another colonized concept of traditional language. Language is language; if it works, it works.

My understanding in studying language is that most of us rely upon an institutional language, because our forefathers were forced to learn a foreign language that was not taught at all. After three and four generations of that use of an enforced language, you lose the vernacular of your traditional language and you do not gain the vernacular of your new language. In terms of making sense of life, you really need that vernacular understanding.

I was fortunate to learn the vernacular of the English language because my great-grandmother, grandmother and mother spoke English and believed that we had to learn English in order to fight white men; we have to use the same kind of bullets and ammunition.

Kinship is really important, but it includes the spirit life. There is not an elder that I have met who has not stressed the importance of kinship. The point I make is this: Spiritual energy brings and bonds people together; their families, other social systems and additional entities of their cultural world describe kinship. There are more and more people of other cultures who are subscribing to and promoting that. I believe there is substance in that.

qui ne sont pas autochtones disent la même chose. Les aînés sont plus près de notre histoire, ils la connaissent mieux, mais elle n'a pas été très bien enseignée. On ne nous l'a pas enseignée du tout dans le cadre des systèmes d'enseignement actuels. Nous espérons que le nouveau système remédiera à cette lacune.

La semaine dernière, j'ai participé à une conférence organisée par Santé Canada parce qu'on veut savoir comment nous pouvons utiliser les 100 millions de dollars provenant des 700 millions de dollars affectés aux paraprofessionnels et aux techniciens professionnels de la santé autochtones, comment nous pouvons les former. Le chef de l'Assemblée des Premières nations a déclaré que le gouvernement tient compte uniquement des 5 p. 100 de la population autochtone qui a réussi, principalement les personnes assises dans la salle. Cet argent est non pas pour eux, mais pour les 95 p. 100 qui ne sont pas là. Il soulève un très bon point. Les 5 p. 100 réussiront, quelle que soit la situation. Ces personnes sont solidement rattachées à notre fondement culturel, mais ce n'est pas quelque chose qu'on a pu très bien analyser et cerner.

En ce qui a trait à ce fondement culturel, il importe de connaître l'importance du lieu, du lieu de nos ancêtres, où vit l'esprit de nos prédécesseurs. Les frontières de notre territoire nous aident à déterminer qui nous sommes et ce que nous sommes, à qui nous appartenons, et en quoi nous ressemblons à d'autres Autochtones ou en sommes différents.

La langue et les capacités de lecture et d'écriture sont très importantes. Dans la plupart des régions du pays, on a éliminé nos langues traditionnelles. C'est un autre concept de la langue traditionnelle qui nous vient de la colonisation. La langue, c'est un simple véhicule : si ça fonctionne, tant mieux, sinon, tant pis.

En étudiant la langue, j'ai constaté que la plupart d'entre nous se fient à une langue institutionnelle, parce que nos ancêtres ont été forcés d'apprendre une langue étrangère qui n'était pas enseignée du tout. Après trois ou quatre générations, à force d'utiliser une langue imposée, nous avons perdu notre première langue vernaculaire, sans pour autant en acquérir une nouvelle. Pour que la vie ait un sens, nous avons besoin de ce vernaculaire.

J'ai eu la chance d'apprendre l'anglais vernaculaire parce que mon arrière-grand-mère, ma grand-mère et ma mère le parlaient et estimaient que nous devions l'apprendre pour nous battre contre l'homme blanc : nous devons utiliser les mêmes armes et les mêmes munitions.

Le sentiment d'appartenance est très important, entre autres sur le plan spirituel. Je n'ai jamais rencontré d'aîné qui n'a pas souligné l'importance de ce sentiment. Mon point est le suivant : l'énergie spirituelle rallie et unit les gens; leur famille, les autres systèmes sociaux et les autres entités de leur monde culturel déterminent le sentiment d'appartenance. De plus en plus de gens appartenant à d'autres cultures souscrivent à cette idée et la véhiculent. Je crois que c'est vrai.

Wholeness is integral to kinship. What we do not have in our communities is a strong kinship, again because of the impositions on our lifestyles over the last 150 to 200 years in Western Canada, and longer in Eastern Canada.

Relationships are essential for finding meaning in one's life, a source of life and a foundation of connection with the Great Spirit and the Creator. We live with a significant amount of distrust in our communities. That is embedded in the institutional foundation identified with Indian residential schools, with a system much like a jail. The relationships being mediated and promoted in the jail system are really no different from those of the residential school system.

On the subject of family and community history, my experience tells me this is when you know what you are, who you are and what you belong to in terms of the roots of your ancestors. You can walk with confidence. You can handle yourself in a social situation because you have that knowledge, awareness and understanding.

When you have tools like language, you will be able to look after yourself well. The tragedy is that these tools are represented more by the 5 per cent than by the 95 per cent.

I believe the good way of traditional life was characterized by order. That applies to all living societies, human, animal, bird, et cetera. The ways in which our forefathers had to learn and were treated, that order and the condition necessary to create order was sometimes destroyed, and certainly damaged. That is what we are attempting to deal with today. Some of your recommendations and discussions reflect that.

The final point I wish to make is that access to cultural institutions and access to and understanding of the wider world of planet earth are closely connected, but are very much anchored in who we are, what we are, to whom we belong.

When we are introduced to and understand the basic institutions and practices of our respective cultures, we have some understanding of healthy ways.

What do we, as the indigenous cultures and nations of this country, know about our places of healing? What do we know about our places of worship? We know about the church, but the church was not an institution of our forefathers; it was brought to us by immigrants. What about places of safety, places for teaching and learning core life skills such as hunting, fishing, processing food, finding and processing medicines, teaching and learning personal safety, self-care and care of others?

Le fait de se sentir entier est essentiel au sentiment d'appartenance. Dans nos collectivités, nous n'avons pas un fort sentiment d'appartenance, là encore en raison des modes de vie qu'on nous a imposés depuis les derniers 150 à 200 ans dans l'ouest du Canada, et depuis encore plus longtemps dans l'est du Canada.

Les relations avec autrui sont nécessaires à quiconque cherche à donner un sens à sa vie, à trouver la source de la vie et à établir un lien avec le Grand Esprit et le Créateur. Nous vivons dans un grand climat de méfiance au sein de nos collectivités. Cela provient du fondement institutionnel établi par les écoles résidentielles indiennes, dont le système ressemblait beaucoup à celui d'une prison. Les relations entretenues et favorisées à l'intérieur du système carcéral ne sont pas du tout différentes de celles qu'on trouve dans le système scolaire résidentiel.

En ce qui a trait à l'histoire familiale et communautaire, d'après mon expérience, nous devons savoir ce que nous sommes, qui nous sommes et à quoi nous appartenons, bref qui sont nos ancêtres. Nous pourrions alors marcher avec confiance. Nous pourrions bien faire face à une situation sociale parce que nous aurons acquis la connaissance, la conscience et la compréhension qu'il nous faut.

Lorsque nous aurons maîtrisé des outils comme la langue, nous pourrions être tout à fait autonomes. Ce qui est malheureux, c'est que ces outils sont représentés davantage par les 5 p. 100 que par les 95 p. 100.

Je crois que les bons modes de vie traditionnels se caractérisaient par l'ordre. Cela s'applique aux sociétés de toutes espèces de vie : les humains, les animaux, les oiseaux, et ainsi de suite. En raison de la manière dont nos ancêtres ont dû apprendre et ont été traités, on a vu chanceler constamment, voire disparaître parfois cet ordre et ce qui est nécessaire à son maintien. C'est avec ça que nous essayons de composer aujourd'hui. Certaines de vos recommandations et discussions reflètent bien cela.

Le dernier point que j'aimerais avancer, c'est que l'accès aux institutions culturelles et l'accès au vaste monde de la planète Terre et sa compréhension sont intimement liés, mais sont très ancrés dans notre identité et le groupe auquel nous appartenons.

Lorsqu'on nous présente les institutions de base et les pratiques de nos cultures respectives et que nous les comprenons, nous avons une idée d'un mode de vie sain.

En tant que cultures et nations indigènes du Canada, que savons-nous de nos lieux de guérison? Que savons-nous de nos lieux de culte? Nous connaissons l'Église, mais elle n'était pas une institution pour nos ancêtres; les immigrants l'ont amenée avec eux. Qu'en est-il des lieux de sécurité, des lieux d'enseignement et d'apprentissage des connaissances de base comme la chasse, la pêche, la transformation des aliments, la cueillette et la transformation de produits médicinaux, l'enseignement et l'apprentissage de la sécurité personnelle, des soins personnels et des soins des autres?

There is an assumption that those things do take place. However, when you look at the history of the last 50 to 200 years, you can begin to understand why they do not. Much of the research says that we understand the issues and problems and no longer need to go there. That assumption hides the fact that we really do not understand what is at the foundation of today's First Nations and other Aboriginal societies, and it is critical that we have that understanding. Applying what is available will certainly not work. We need a seamless approach that encompasses the entire family, which is a core institution of our cultures. The community, in particular, must be the primary context for the work and we need a system that addresses the needs of all stages of life within our societies.

When a flock of geese travels in formation, they can travel 70 per cent farther than one goose would be able to alone. If a goose is injured in flight, it leaves the flock and goes to the ground, always accompanied by two other geese.

Think about that model in terms of attending to the needs of the children and families that fall out of life and the educational system and about the importance of having resources that focus specifically on when that takes place.

We must understand the importance of collaboration, integration and teamwork and how much more we can accomplish when we work in that way.

Senator Keon: Your presentation was truly profound.

There is a trite old saying that it takes a village to properly raise a child. We have lost all our villages, but perhaps we can build communities.

In my advancing years, I have become more convinced that our social structure and medical system, including as it applies to mental health, must be built in the communities.

Mr. Mussell: I fully support that. In the achievement of that, it is important to consider family and other people in a person's life as critical resources to facilitate positive change. It is absolutely necessary to work through the strengths of family and other social systems. Tragically, most practitioners in this country are married to the one-to-one approach, and that does not recognize the importance of the people who have a much stronger influence on the life of the person we are treating, although our intelligence and common sense tell us that it works. Why are not we doing it more?

Senator Trenholme Counsell: The most wonderful storyteller I ever met was an elder in the Yukon. I hope that we can have your permission to use your story. I have heard it before, but never told it as well as you told it, sir.

Do you see some hope in the Aboriginal Head Start program, which is growing community by community?

On présume que ces lieux existent. Cependant, lorsqu'on regarde l'histoire des 50 à 200 dernières années, on peut commencer à comprendre pourquoi elles n'existent pas. La plupart des recherches révèlent que nous comprenons les enjeux et les problèmes et que nous n'avons plus besoin d'y revenir. Cette hypothèse éclipse le fait que nous ne comprenons vraiment pas ce qui est à la base des sociétés des Premières nations et d'autres sociétés autochtones d'aujourd'hui, et il est essentiel que nous le sachions. Si on applique les modèles existants, ça ne fonctionnera certainement pas. Nous devons adopter une approche uniforme qui englobe toute la famille, institution fondamentale de nos cultures. La communauté, en particulier, doit constituer le principal milieu de travail, et nous avons besoin d'un système qui répond aux besoins de toutes les étapes de la vie dans nos sociétés.

Lorsqu'une volée d'oies voyagent en formation, elles peuvent aller 70 p. 100 plus loin qu'une seule oie seule. Si une oie se blesse en vol, elle quitte la volée et atterrit, toujours accompagnée de deux autres oies.

Pensez à ce modèle dans l'optique de répondre aux besoins des enfants et des familles qui sont en marge de la vie et du système d'éducation et à l'importance d'avoir des ressources qui s'occupent spécialement du moment où cela a lieu.

Nous devons comprendre l'importance de la collaboration, de l'intégration et du travail en équipe et réaliser que nous pouvons accomplir beaucoup plus de choses lorsque nous travaillons de cette façon.

Le sénateur Keon : Votre exposé était très profond.

Selon un vieux dicton bien connu, il faut un village entier pour bien élever un enfant. Nous avons perdu tous nos villages, mais nous pouvons peut-être bâtir des collectivités.

À mon âge avancé, je suis convaincu que notre structure sociale et notre système médical, y compris celui qui touche la santé mentale, doivent s'enchaîner dans les collectivités.

M. Mussell : Je suis entièrement d'accord avec vous. Pour y arriver, il importe de considérer la famille et les autres gens qui font partie de la vie d'une personne comme des ressources cruciales pour faciliter l'adoption de changements positifs. Il est absolument nécessaire de mettre à profit les forces de la famille et d'autres systèmes sociaux. Ce qui est très tragique, c'est que la plupart des praticiens dans notre pays sont vendus à l'approche individuelle, et cela ne rend pas compte de l'importance des gens qui exercent une influence beaucoup plus forte sur la vie de la personne que nous traitons, même si notre intelligence et notre bon sens nous disent que ça fonctionne. Pourquoi ne le faisons-nous pas davantage?

Le sénateur Trenholme Counsell : Le plus merveilleux conteur que j'aie jamais rencontré était un aîné du Yukon. J'espère que vous nous permettrez d'utiliser votre histoire. Je l'ai déjà entendue, mais on ne l'a jamais aussi bien racontée que vous, monsieur.

Avez-vous l'espoir que le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, qui prend de l'expansion dans une collectivité après l'autre, fera mouche?

Mr. Mussell: I am familiar with some centres that have that program. It has promise, but it is very dependent upon the resourcefulness of the people delivering services on the front line. My daughter is a specialist in dealing with special needs children at the preschool stage. She is going on to do graduate work. She does a lot of work in this area and I am familiar with that work. My wife is a director of education, and she is responsible for those kinds of projects.

Therefore, I am constantly exposed to these very important questions. I am a member of a very healthy family. We do not have mental illness in our family, and I thank the Creator for that. However, others in our community have those kinds of difficulties. My mother and my grandmother were healers, and therefore specialists in health issues. As the eldest survivor, at this stage, that falls on my shoulders. I accept the responsibility and do what I can to ensure that people get proper care. That is extremely important.

The Chairman: Our next witness is Richard Mitchell, from the Department of Child and Youth Studies at Brock University in St. Catharines.

Mr. Mitchell: I am always humbled and a little frightened when I hear myself referred to as any kind of expert. I have been engaged in studying for a Ph.D. over in the U.K. for almost four years, and I am still lumbering along with its final stages. What I have come to know is how little I really know, and that is what a Ph.D. will do for me. I hope to contribute just a couple of things here today to our understanding about childhood, children and young people themselves that come out of those studies, but also out of my 23 years of work in British Columbia in education, mental health, foster care and youth justice, all four of the service delivery systems that grapple with the mental health of children and young people each day.

As the title of my remarks here today I chose "*A Canada Fit for Children One Year Later — A Rights-based Action Plan for Promoting the Mental and Emotional Well-Being of Canada's Young Citizens.*"

I will ask for a show of hands on how many have seen this document or heard of it. That is a smaller number than I might have anticipated, so I am grateful for that as well, that at least I can bring this to your attention. There is an online copy and it is available through a link that I sent with my submission.

The Chairman: We will eventually put together a package that we will send out to everyone who has participated today.

Mr. Mitchell: I would like to bring forward a couple of key findings from my work in the U.K. and from my research over there that will be useful for us to incorporate into our recommendations here.

In the U.K., I ran into a way of being with children and young people that is not prevalent in Canada. It is a theoretical approach and a framework for understanding how it is that children exist in

M. Mussell : Je connais certains centres qui offrent ce programme. Il est prometteur, mais il dépend grandement de la débrouillardise des personnes qui offrent les services de première ligne. Ma fille est une spécialiste qui travaille avec des enfants d'âge préscolaire ayant des besoins spéciaux. Elle va faire des recherches universitaires. Elle est très active dans ce domaine, et je connais son travail. Ma femme est directrice d'un programme d'études, et elle est responsable de ce genre de projets.

Par conséquent, je suis constamment exposé à ces questions très importantes. Je fais partie d'une famille très saine. Il n'y a pas de maladie mentale dans notre famille, et j'en remercie le Créateur. Cependant, ce genre de difficulté accable d'autres personnes de notre communauté. Ma mère et ma grand-mère étaient guérisseuses, et, par le fait même, spécialistes de la santé. En tant que plus vieux survivant, maintenant, cette tâche me revient. J'accepte cette responsabilité, et je fais ce que je peux pour m'assurer que les gens sont bien traités. C'est extrêmement important.

Le président : Notre prochain témoin est Richard Mitchell, du Département des études sur l'enfance et la jeunesse de l'Université Brock, à St. Catharines.

M. Mitchell : Je suis toujours modeste et un peu effrayé lorsqu'on me présente comme un expert quelconque. J'ai étudié pour obtenir un doctorat au Royaume-Uni pendant presque quatre ans, et j'essaie encore de le terminer. Ce que j'ai compris, c'est que j'en sais vraiment peu, et c'est une lacune qu'un doctorat comblera. J'aimerais partager avec vous aujourd'hui certaines choses que nous avons apprises sur l'enfance, les enfants et les jeunes au fil de ces études, mais aussi grâce à mes 23 années de travail en Colombie-Britannique dans les domaines de l'éducation, de la santé mentale, du placement en familles d'accueil et de la justice de la jeunesse, quatre systèmes de prestation de services qui sont en contact chaque jour avec des enfants et des jeunes qui ont des problèmes de santé mentale.

Comme titre de mon témoignage d'aujourd'hui, j'ai choisi : « *Un Canada digne des enfants* un an plus tard — Un plan d'action fondé sur les droits pour promouvoir le bien-être mental et affectif des jeunes Canadiens ».

Je demanderais à ceux qui ont vu ce document ou qui en ont entendu parler de lever la main. C'est moins que ce à quoi je m'étais attendu, et c'est pourquoi je suis ravi qu'on me donne l'occasion d'au moins le porter à votre attention. On a affiché un exemplaire en ligne, et on peut y accéder par l'entremise d'un lien que j'ai envoyé avec mon témoignage.

Le président : Nous allons préparer une trousse que nous enverrons à tous les participants d'aujourd'hui.

M. Mitchell : J'aimerais vous faire part de quelques conclusions importantes auxquelles je suis arrivé au cours de mes travaux au Royaume-Uni et des recherches que j'ai menées là-bas, conclusions que nous pourrions intégrer à nos recommandations.

Au Royaume-Uni, je suis tombé sur une façon d'être avec les enfants et les jeunes qui n'est pas répandue au Canada. Il s'agit d'une approche théorique et d'un cadre qui permettent de

U.K. society known as the “sociology of childhood.” A number of us have looked at paradigm thinking about children and this was one for me. The sociological approach to children, childhood and young people starts out with the assumption that kids are actually competent social actors and powerful contributors to society right where they are. It also starts out with the notion that they are citizens, and that they can impact not only their own development and the development of their peers, but also, shockingly, the development of their caregivers and parents. The sociology of childhood does not see kids on a linear trajectory towards independent development that stops at some stage of adulthood.

I will tell you, I am more dependent than ever on my paycheque, on my wife, on my social support system, and any notion that I have reached an independent state in life is just false. I would like us to think about how we see and construct children and young people from that perspective, particularly the notion that they are impacting not only their own development, but the development of their peers and their adult caregivers. That was a profound shift for me.

I noticed that the UN Convention on the Rights of the Child was being widely researched at graduate and post-graduate levels throughout U.K. universities, and that is not happening here. My post at Brock University showed me that. They particularly looked for someone who had a background in children's rights at a post-graduate level. I would like to suggest that that might be one of our recommendations: to look at more research that is adopting the Convention on the Rights of the Child, both theoretically and in an applied way.

The core principles of the convention are embedded in U.K. legislation. They provide for active participation of children and young people as competent social actors in their own community. As I discussed earlier, kids are being increasingly viewed by decision makers and constructed within policy documents as competent and as citizens, while here in Canada we are still viewing kids as future citizens and investments. The assumption there is that kids are actually of economic value alone, and within the convention we have the opportunity to engage kids and young people as citizens — as subjects, not objects of concern. This was really the heart of what I found in my research in the U.K., which is ongoing.

I will not suggest that there is a direct causal relationship between this way of knowing about children and young people and the differences in legislation that I see happening. That is not my area of expertise or research. What I do see happening is that kids are participating with politicians, with policy-makers, with teachers, with advocates, with practitioners across disciplines.

comprendre pourquoi il y a des enfants au Royaume-Uni. On les appelle « sociologie de l'enfance ». Un certain nombre d'entre nous avons examiné des paradigmes sur les enfants, et celui-ci était pour moi. L'approche sociologique à l'égard des enfants, de l'enfance et des jeunes commence par l'hypothèse selon laquelle les enfants sont en fait des acteurs sociaux compétents et participent grandement à la société là où ils sont. De plus, elle s'appuie sur la notion selon laquelle ce sont des citoyens, et qu'ils peuvent influencer non seulement sur leur propre développement et sur celui de leurs pairs, mais aussi, étonnamment, sur l'épanouissement des personnes qui s'occupent d'eux et de leurs parents. La sociologie de l'enfance ne considère pas que les enfants suivent une trajectoire linéaire vers le développement indépendant qui s'arrête à une étape quelconque de la vie adulte.

Je vous avouerai que je suis plus dépendant que jamais de mon chèque de paie, de ma femme, de mon système de soutien social, et que quiconque dirait que je suis devenu indépendant dans la vie aurait tout faux. J'aimerais que nous réfléchissions à la façon dont nous voyons et concevons les enfants et les jeunes de ce point de vue, surtout la notion selon laquelle ils influent non seulement sur leur propre développement, mais aussi sur le développement de leurs pairs et des adultes qui s'occupent d'eux. Pour moi, j'ai dû changer totalement ma façon de voir les choses.

J'ai remarqué que la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant était le sujet d'un grand nombre de recherches universitaires et postuniversitaires dans les universités du Royaume-Uni, mais que ce n'est pas le cas ici. Mon affectation à l'Université Brock me l'a fait comprendre. On cherchait précisément quelqu'un qui avait déjà travaillé dans le domaine des droits de l'enfant au troisième cycle. J'aimerais vous suggérer cela comme une de nos recommandations : examiner un plus grand nombre de recherches dans lesquelles on adopte la Convention relative aux droits de l'enfant, de façon théorique aussi bien que de façon appliquée.

Les principes fondamentaux de la Convention sont enchâssés dans une loi du Royaume-Uni. Ils prévoient la participation active des enfants et des jeunes en tant qu'acteurs sociaux compétents dans leurs propres collectivités. Comme j'en ai déjà parlé, les enfants sont de plus en plus considérés par les décideurs et présentés dans les documents stratégiques comme étant compétents et étant des citoyens, alors que, ici, au Canada, nous considérons toujours les enfants comme de futurs citoyens et un investissement. Là-bas, on présume que les enfants ont en soi une valeur économique et, conformément à la Convention, nous avons la possibilité de faire participer les enfants et les jeunes en tant que citoyens — en tant que sujets, et non pas objets de préoccupation. C'est essentiellement ce que j'ai découvert au fil de mes recherches au Royaume-Uni, recherches qui se poursuivent.

Je ne veux pas insinuer qu'il y a un lien direct de cause à effet entre cette façon de voir les enfants et les jeunes et les différences législatives que j'ai constatées. Ce n'est pas là mon champ d'expertise ou de recherche. Je constate que les enfants participent à la société avec les politiciens, les décideurs, les enseignants, les intervenants et les praticiens dans plusieurs disciplines.

I was at a children's services planning session just about this size, with police and recreation officers, mental health practitioners, the whole range, as well as people engaged in the environmental community and so forth, actually discussing with kids firsthand what their views were and bringing those on board. That is profoundly different from the way it is here in Canada right now, and it has a particular resonance with and relevance to children's mental health.

I would like to move to my experience as a practitioner for 10 years in a children's inpatient facility in B.C. I found that about a third of the kids actually got better over the years. I did not do any statistical analysis to come up with this figure. This is pretty anecdotal but is supported by all of my colleagues. About a third of the young people who came to us actually gained something by our intervention and a third stayed the same. I am really sad to admit that a third was profoundly damaged by our intervention. Some of them actually may have killed themselves due to our intervention.

In the summer of 2003, when Health Canada put out a GlaxoSmithKline warning about the inappropriate prescribing of Paxil for those under 18, I was able to understand some of the links. We do not know how many children or young people may have harmed themselves because of those interventions in the 1990s because we do not keep track of those records in mental health right now. We do not evaluate our outcomes. We do not do follow-up in the communities. My colleague suggested that not seeing kids more holistically, as part of a community, is part of why this is the case. We send kids after they have been our patients — victims often, I have to say — back into the community as though our work is done, and that needs to shift as well.

It would be wrong to suggest that the research I have been engaged in and coming from the U.K. points towards easy policy solutions. That is not the case at all. Trying to engage kids in a rights-based approach will cut across disciplines and across service delivery systems. What we will see, and what is coming out of the discourse in the U.K., is that this notion of rights-based "spaces" for children and young people changes the conceived relationship between professionals and service users, adult responsibilities and children's rights. A rights-based approach allows professionals to become facilitators rather than technicians, and children and adults then become co-constructors of knowledge and expertise. We engage children and young people in a profoundly different way than we have up to this point, culturally, socially and politically and within our service delivery systems.

I am here to make an argument that a lot of our work has been accomplished in the document *A Canada Fit for Children*. When I reviewed the action plan within *A Canada Fit for Children* and thought of my 10 years' worth of practice, the concerns that I had about children and children's mental health service delivery, I

J'ai assisté à une séance de planification des services à l'enfance à laquelle participaient à peu près le même nombre de personnes, soit des policiers et des agents des loisirs, des spécialistes en santé mentale, toute la gamme, ainsi que des gens qui participent à la lutte pour le respect de l'environnement, ainsi de suite, où des enfants pouvaient donner leur opinion et participer au même titre que les autres. Ça diffère tout à fait de la réalité canadienne actuelle, et cela a une importance et un intérêt particuliers pour ce qui est de la santé mentale des enfants.

J'aimerais vous parler de l'expérience que j'ai acquise pendant les dix années où j'ai travaillé dans une clinique de consultation interne pour les enfants en Colombie-Britannique. J'ai constaté qu'environ le tiers des enfants se sont améliorés au fil des ans. Je n'ai pas effectué d'analyses statistiques pour arriver à ce chiffre. C'est une preuve assez empirique, mais elle est soutenue par tous mes collègues. Environ le tiers des jeunes qui viennent nous voir ont bénéficié de notre intervention, et le tiers n'ont pas changé. Je suis vraiment triste d'avouer que notre intervention a beaucoup nui au tiers d'entre eux. En fait, certains d'entre eux se sont peut-être suicidés à cause de notre intervention.

À l'été 2003, lorsque Santé Canada a diffusé un avertissement de GlaxoSmithKline concernant la prescription inadéquate de Paxil aux personnes âgées de moins de 18 ans, j'ai pu établir des liens. Nous ne savons pas combien d'enfants ou de jeunes se sont fait du mal à cause de nos interventions dans les années 90, parce que, pour l'instant, nous ne suivons pas ces dossiers en santé mentale. Nous n'évaluons pas nos résultats. Nous n'assurons pas un suivi dans les collectivités. Mon collègue a laissé entendre que le problème est en partie attribuable au fait qu'on ne considère pas les enfants d'une façon plus holistique, comme faisant partie d'une collectivité. Après qu'ils ont été nos patients — des victimes, souvent, je dois dire —, nous renvoyons les enfants dans la collectivité comme si nous avions fait notre travail, et il faut changer cela également.

On aurait tort de croire que les recherches que j'ai menées au Royaume-Uni font ressortir des solutions stratégiques faciles. Ce n'est pas du tout le cas. Si l'on veut faire participer les enfants à une approche fondée sur les droits, il faudra faire appel à diverses disciplines et à plusieurs systèmes de prestation de services. Ce que nous verrons, et ce qui ressort du discours au Royaume-Uni, c'est que cette notion d'« espaces » fondée sur les droits pour les enfants et les jeunes modifie la façon dont on conçoit la relation entre les professionnels et les utilisateurs de services, les responsabilités des adultes et les droits des enfants. Une approche fondée sur les droits permet aux professionnels de devenir des facilitateurs plutôt que des techniciens, et les enfants et les adultes deviennent ensuite des co-créateurs de connaissances et d'expertise. Nous intégrons les enfants et les jeunes à un modèle profondément différent de celui que nous avons eu jusqu'ici, sur le plan culturel, social et politique, et au sein de nos systèmes de prestation de services.

Je suis ici pour vous montrer que beaucoup de nos travaux ont été accomplis dans le document intitulé *Un Canada digne des enfants*. Lorsque j'ai examiné le plan d'action énoncé dans ce document et au cours de mes dix années de pratique, j'ai découvert que mes préoccupations concernant les enfants et le

found the action plan fit congruently. Therefore I would argue that we bring forward some of the most relevant pieces within this action plan that was adopted across Canada in a comprehensive way with children and young people themselves.

If at all possible, I would also like to urge you — and I am not sure whether you have, but I looked at the documents of the interim reports and I could not find evidence of this — to talk to children and young people who have actually experienced our mental health interventions and see what kind of knowledge we can co-create with them.

As Mr. Mussell pointed out here, year in and out, the young men and women who came to us from First Nations and Aboriginal communities were sent back as though our work had been completed.

I was always deeply disturbed about that. Thank you for bringing forward a holistic way of seeing things and an approach that comes from a different kind of world view than evidence as something that is absolutely measurable. Sometimes the evidence is more profound than that. It comes from the stories, the oral traditions, the way that children and young people are in relationship with each other and their families.

Based on a growing consensus, there is a case to be made for a relationship between the promotion of children's rights and the promotion of mental and emotional well-being. There is early literature on this in the U.K. We are not quite there yet. In 2000 I did a piece of action research in the Victoria Capital Health Region of British Columbia using the Convention on the Rights of the Child and a population health framework to actually talk about these issues with children themselves. It was through that work and research that I was awarded a fellowship in the U.K. I could not find anyone here to do doctoral work based on that research. Using children's rights in a population health framework would not fly here, but it did over in the U.K.

Perhaps the best-known support for this contention is the McCain-Mustard study, which I am sure most of us are familiar with.

I have made some recommendations in my presentation and in my submission online, but I would like to highlight what I feel might move this agenda forward and help us to see kids not as objects but as subjects and citizens. We need increased research to apply the Convention on the Rights of the Child across disciplines and in a trans-disciplinary way. Our DSM-IV ways of knowing children and young people are inappropriate. The GlaxoSmithKline and Health Canada announcement last summer supports that.

I would recommend that a national children's commissioner oversee some of this interconnectedness throughout disciplines and throughout service delivery systems. These are arguments that have been made elsewhere and are taking place throughout

système de prestation de services de santé mentale destinés aux enfants correspondent en tous points à celles qui sont précisées dans le plan d'action. Par conséquent, je vous inciterais à reprendre les éléments les plus pertinents de ce plan d'action, qui a été adopté dans l'ensemble du Canada, pour les enfants et les jeunes.

Si c'est possible, j'aimerais également vous exhorter — et je ne sais pas si vous l'avez fait, mais j'ai examiné les documents des rapports provisoires, et je n'en ai trouvé aucune preuve — à parler à des enfants et à des jeunes qui ont vraiment bénéficié de nos interventions en santé mentale pour déterminer quel genre de connaissance nous pouvons créer avec eux.

Comme M. Mussell l'a fait remarquer ici, bon an mal an, nous avons renvoyé les jeunes hommes et les jeunes femmes qui nous venaient de collectivités des Premières nations et de collectivités autochtones comme si nous avions accompli notre travail.

Cela m'a toujours profondément perturbé. Merci de nous présenter une façon holistique de voir les choses et une approche qui s'inspire d'une façon de voir le monde différente que le laissent voir les éléments probants, et qui sont aussi absolument mesurables. Parfois, les éléments probants sont plus profonds que cela. Ils se trouvent dans les histoires, les traditions orales, la façon dont les enfants et les jeunes interagissent entre eux et avec leur famille.

De plus en plus de gens conviennent du fait qu'il faut faire valoir la relation entre la promotion des droits des enfants et la promotion du mieux-être mental et affectif. Il y a déjà des ouvrages qui ont été rédigés à ce sujet au Royaume-Uni. Mais nous n'en sommes pas tout à fait là. En 2000, j'ai effectué une recherche active dans la Capital Health Region de Victoria de la Colombie-Britannique, en utilisant la Convention relative aux droits de l'enfant et un cadre de santé de la population pour parler vraiment de ces questions avec les enfants eux-mêmes. C'est grâce à ces travaux et à cette recherche que j'ai obtenu une bourse de recherche au Royaume-Uni. Je n'ai pu trouver personne ici pour faire des travaux de doctorat en fonction de cette recherche. Ici, on ne pourrait pas utiliser les droits de l'enfant dans un cadre de santé de la population. Mais, au Royaume-Uni, on l'a fait.

La recherche la plus connue qui appuie peut-être le plus cette allégation est l'étude McCain-Mustard, étude que la plupart d'entre nous connaissent, j'en suis sûr.

Dans mon exposé et dans le mémoire que j'ai présenté en ligne, j'ai formulé certaines recommandations. Cependant, j'aimerais souligner ce qui, selon moi, pourrait faire avancer notre cause et nous aider à voir les enfants non pas comme des objets, mais bien comme des sujets et des citoyens. Nous devons mener d'autres recherches pour appliquer la Convention relative aux droits de l'enfant dans toutes les disciplines et de façon interdisciplinaire. Notre façon de connaître les enfants et les jeunes en fonction du DSM-IV n'est pas appropriée. L'annonce faite l'été dernier par GlaxoSmithKline et Santé Canada appuie cela.

Je recommanderais qu'un commissaire national à l'enfance surveille cette interconnectivité entre les disciplines et entre les systèmes de prestation de services. Cette recommandation a été formulée ailleurs et est mise en application partout dans les

the U.K. nations. Children's commissioners have been appointed there under the terms of the convention and the reporting system with the Geneva Committee on the Rights of the Child.

I would like to reinforce adopting the national plan of action and its relevant recommendations where the participation of children and young people in mental health is concerned. I would also like to make an argument, based on my own practice out in B.C., for school-based mental health teams that work across disciplines and have a variety of counselling modalities that are not located solely within the DSM-IV approach to these issues.

The Chairman: What is DSM, for those of us who are not technicians?

Mr. Mitchell: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

The Chairman: It is the psychiatric bible?

Mr. Mitchell: Yes. That would be another vernacular. I believe the fifth version is coming out shortly.

Dr. Roberts: I am a child psychiatrist who came fully trained from England. I lived in England, went to school in England, and as recently as 1993-94 went back and worked in England. If I wanted to use an example of a functional system for children, I would use Scandinavia rather than England, as they have a humane system that continues across the lifespan. It is important to remember that the DSM, unlike the Bible, is not a finished product. It is a work in progress. It goes a long way toward actually providing commonly used language to describe disorders.

13,000 children and adolescents under the age of 17 kill themselves each year. I am not certain what that number would be without the interventions we have now compared to the interventions we had when I started practice in the 1970s, but it is important to remember that the rate of suicide in children and adults has stabilized since 1996.

Dr. Goldbloom: During World War II, at a time when the Allies were losing a tremendous number of ships in the Atlantic, a gentleman came before the Joint Chiefs of Staff and said he had a solution to the German submarine program. The Joint Chiefs of Staff were very interested and asked him to describe his solution. He said, "Bring the Atlantic Ocean to a boil. All the submarines will come to the surface and then it will be very easy to pick them off." They said, "That is very interesting. How do you propose to do that?" He said, "Look, I gave you the idea. You work out the details."

On that note, I would like to try to be as practical and action-oriented as possible in the few suggestions I have to make. In my view, and I do not know to what extent it would be shared, if you had to pick the number one problem across the country in children's mental health, wait lists would spring to mind. The wait

nations du Royaume-Uni. Des commissaires à l'enfance ont été nommés là-bas aux termes de la Convention et du système de reddition de comptes du Comité de Genève sur les droits de l'enfant.

J'aimerais insister sur l'importance d'adopter le plan d'action national et ses recommandations pertinentes lorsqu'il est question de la participation des enfants et des jeunes en santé mentale. En me fondant sur le travail que j'ai moi-même effectué en Colombie-Britannique, j'aimerais faire valoir l'établissement d'équipes de santé mentale à l'école qui travailleraient dans toutes les disciplines et qui s'appuieraient sur diverses modalités de counselling qui ne sont pas rattachées uniquement à l'approche qu'adopte le DSM-IV à l'égard de ces questions.

Le président : Pour ceux d'entre nous qui ne sont pas techniciens, pouvez-vous nous dire ce qu'est le DSM?

M. Mitchell : Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

Le président : Est-ce que c'est la bible des psychiatres?

M. Mitchell : Oui. On pourrait aussi l'appeler de cette façon. Je crois que la cinquième édition sera publiée sous peu.

Le Dr Roberts : Je suis pédopsychiatre. J'ai suivi toute ma formation en Angleterre. J'ai vécu en Angleterre, j'ai fait mes études en Angleterre, et, dès 1993-1994, je suis retourné dans ce pays, et j'y ai travaillé. Si je voulais utiliser un exemple de système qui fonctionne très bien pour les enfants, je prendrais la Scandinavie plutôt que l'Angleterre, car elle s'est dotée d'un système humain qui suit l'enfant tout au long de sa vie. Il ne faut pas oublier que le DSM, contrairement à la Bible, n'est pas un produit fini. C'est une œuvre qui évolue toujours. D'ailleurs, les auteurs n'hésitent pas à décrire les troubles dans un langage courant.

Chaque année, 13 000 enfants et adolescents âgés de moins de 17 ans se suicident. Je ne sais pas vraiment quel serait ce chiffre sans les interventions que nous offrons actuellement, comparativement aux interventions que nous assurions lorsque j'ai commencé à exercer, au cours des années 70, mais ce qui est important, c'est que le taux de suicide chez les enfants et les adultes s'est stabilisé depuis 1996.

Le Dr Goldbloom : Au cours de la Deuxième Guerre mondiale, à l'époque où les Alliés perdaient énormément de bateaux dans l'Atlantique, un homme s'est présenté devant les chefs d'état-major combinés et leur a dit qu'il avait une solution concernant le programme de sous-marins de l'Allemagne. Curieux, les chefs d'état-major combinés lui ont demandé de décrire sa solution. Il a dit : « Faites bouillir l'océan Atlantique. Tous les sous-marins remonteront à la surface, et il sera très facile de les cueillir. » Ils ont dit : « C'est très intéressant. Mais comment proposez-vous de faire cela? » Il a répondu : « Écoutez, je vous donne l'idée, vous vous occupez des détails. »

Cela dit, j'avais essayé de vous donner des suggestions le plus pratiques et le plus axées sur l'action possible. À mon avis, et je ne sais pas dans quelle mesure il sera partagé, si on avait à cerner le problème numéro 1 au pays au chapitre de la santé mentale des enfants, les listes d'attente nous viendraient tout de suite à l'esprit.

lists are totally unacceptable right across the country. I have had occasion to deal with this both through reading and through personal experience.

As a neutral observer, I was asked to chair a group that has been focusing on eye care in Nova Scotia. We have significant wait lists in that particular area of health care. In Nova Scotia, there was a wait list of people for cataract surgery of 2,000 to 2,500 patients, none of whom could find out exactly when they could have their surgery because booking was being done by individual surgeons making their own arrangements.

Solving the wait list problem is not rocket science. In this instance, we quantified the wait list. We quantified the extent to which it was increasing over each year, and we decided what was necessary in practical terms to bring it down to a reasonable standard. By adding an additional operating room and staffing it, it has been possible in a year to bring the wait period down to 90 days.

It does take money, but it is a lot more than money. It is a matter of specific planning. One of the first things that need to be done in terms of mental health is to quantify the size of the wait lists in different communities and different regions and to calculate specifically what it will take to bring those wait lists down to a satisfactory size.

There is no need to reinvent the wheel here. This is a paper that was presented last month in Armagh at the British Paediatric Association. This had to do specifically with children with ADHD, which, as you know, is of epidemic proportions here and around the world. The waiting list of children referred for assessment of possible attention deficit disorder had tripled over a one-year period. To deal with this, they held patient information sessions targeted at parents who had been on the clinic wait list for nine months or more.

They reduced the wait list. Many of these children were put in treatment through group sessions. They reduced the wait list from 20 months to zero over a period of only seven months. It can be done.

One of the first ways of dealing with a significant wait list for mental health, or for any other situation, is to bring patients and families together and deal with them as groups. It is quite amazing the extent to which you can reduce the wait list in an extraordinarily short time. I was delighted to hear Michelle Forge mention telehealth. Given the long distances in Canada, it is a vastly underused technology in dealing with children's mental health problems. I know we have used it to a limited extent in our area; I cannot give you numbers. However, talking to a family over a video connection is 99 per cent as good as having them right in the room with you. You can deal with a huge number of patients who have real problems of access by doing that.

Les listes d'attente sont totalement inacceptables, et ce, d'un bout à l'autre du pays. J'en ai été témoin au fil de mes lectures et de mon expérience personnelle.

En tant qu'observateur neutre, j'ai été invité à présider un groupe qui s'intéressait aux soins ophtalmologiques en Nouvelle-Écosse. Les listes d'attente sont très longues dans ce secteur des soins de santé. En Nouvelle-Écosse, de 2 000 à 2 500 patients étaient en attente d'une chirurgie de la cataracte, et aucun d'entre eux ne pouvait savoir exactement quand il se ferait opérer parce que chaque chirurgien établissait son propre calendrier.

Régler le problème des listes d'attente n'est pas sorcier. Dans ce cas en particulier, nous avons quantifié la liste d'attente. Nous avons quantifié la mesure dans laquelle elle s'allongeait chaque année, et nous avons déterminé ce qu'il fallait faire, en pratique, pour la ramener à un niveau raisonnable. En ajoutant une salle d'opération et en la dotant de personnel, on a pu, en un an, réduire la période d'attente à 90 jours.

Ça prend de l'argent, mais c'est beaucoup plus qu'une question d'argent. C'est une question de planification spécifique. L'une des premières choses qu'il faut faire, sur le plan de la santé mentale, c'est quantifier les listes d'attente dans différentes collectivités et différentes régions, et calculer précisément ce que ça prendra pour ramener ces listes d'attente à un niveau satisfaisant.

On n'a pas à réinventer la roue. Il s'agit d'un document qui a été présenté le mois dernier à la British Paediatric Association, à Armagh. Il portait spécifiquement sur les enfants atteints du THADA, lequel, comme vous le savez, prend des proportions épidémiques ici et partout dans le monde. En un an, la liste des enfants qui attendent de faire l'objet d'une évaluation au titre de l'hyperactivité avec déficit de l'attention a triplé. Pour contrer ce problème, on a tenu des séances d'information à l'intention des parents dont le nom figurait dans la liste d'attente de la clinique depuis neuf mois ou plus.

On a réduit la liste d'attente. Bon nombre des enfants ont commencé à suivre des traitements dans le cadre de séances collectives. On a réduit la liste d'attente de 20 mois à 0 en sept mois seulement. C'est possible.

L'une des premières choses que l'on peut faire pour réduire une longue liste d'attente en santé mentale, ou dans toute autre situation, c'est de réunir les patients et les familles et de traiter avec eux en tant que groupes. Vous seriez très étonné de voir à quel point on peut réduire la liste d'attente en extraordinairement peu de temps. J'ai été ravi d'entendre Michelle Forge parler de la télésanté. Comme le Canada est un pays vaste, la télésanté est une technologie énormément sous-utilisée pour le traitement des problèmes de santé mentale des enfants. Je sais que nous y avons un peu recouru dans notre région; mais je ne peux pas vous donner de chiffres. Cependant, parler à une famille par l'entremise d'une connexion vidéo est presque aussi efficace que de l'avoir en face de soi, dans la même pièce. Ainsi, on peut traiter avec un très grand nombre de patients qui sont aux prises avec de réels problèmes d'accès..

Coming back to the wait lists, in one of the suburban regions in Halifax, in Sackville, where we have a community mental health team, through parent groups, they reduced the wait list from 21 months to eight or nine months.

In cataract surgery, we got it down to 90 days within about a year. These are not insoluble problems, but they all start from the same point, and that is the demography, namely, the size of the list, the waiting time, the rate of change in the wait list, and what it will take to resolve that problem. That is where an innovative approach can do a lot of good.

The second suggestion is that we need a major move of mental health services from their present locations in most communities into the schools. The school is children's natural habitat. For six or eight hours a day, it is where they are, it is where their parents often come and it is where you can deal with the problems in collaboration with the teachers.

I happen in my senile days to deal with a lot of children with mental health problems and I am in constant communication with teachers, something that in the first 50 years, I did not do very often. I have found it one of the most useful things that I do.

The next practical suggestion, which I have made previously at the annual meeting of the Canadian association of child psychiatrists, is that departments of child psychiatry and departments of pediatrics across the country should become single departments of child health. The dissociation of body and mind lives on, even though all the scientific evidence makes it clear that there is no distinction. We have far more in common with each other than, in my view, child psychiatrists have with adult psychiatrists. Therefore, as a British physician once said, the romance between pediatrics and child psychiatry has been going on for decades, and it is time they got married, if only for the sake of the children.

Pressure needs to be exerted through the heads of Canadian departments of child psychiatry and of pediatrics, through the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, who certify these people. The evidence is well documented that pediatricians who see huge and increasing numbers of children with mental health problems are inadequately prepared for the job. Here is a paper that is being presented on May 15 at the Pediatric Academic Societies. This is from the University of California. They sent a questionnaire to all the heads of pediatric residency training programs, post-graduate training programs. Eighty-four per cent of program directors indicated they felt the amount of training in children's mental health issues was minimal or suboptimal. They went into the various conditions, namely, ADHD, eating disorders, mood disorders and so forth. Less than 15 per cent of the programs had inpatient-based child psychiatry

Revenons aux listes d'attente. Dans une banlieue de Halifax, Sackville, où nous avons une équipe communautaire de santé mentale, on a réussi à réduire la liste d'attente, qui est passée de 21 mois à 8 ou 9 mois, grâce aux groupes de parents.

Nous avons réduit la liste d'attente pour la chirurgie de la cataracte à 90 jours en environ un an. Ce ne sont pas des problèmes insolubles, mais ils partent tous du même point, et c'est la démographie, c'est-à-dire la longueur de la liste, le temps d'attente, le rythme d'évolution de la liste d'attente, et ce dont on a besoin pour régler ce problème. C'est là qu'une approche novatrice peut faire beaucoup de bien.

Ma deuxième suggestion est la suivante : nous devons effectuer un déménagement majeur. Les services de santé mentale dans la plupart des collectivités doivent déménager dans les écoles. L'école est l'habitat naturel des enfants. Ils y vivent pendant six ou huit heures par jour, les parents y vont souvent, et c'est là qu'on peut régler les problèmes en collaborant avec les enseignants.

À mon âge avancé, il se trouve que je travaille avec beaucoup d'enfants qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale, et je communique constamment avec des enseignants, quelque chose que, au cours des 50 premières années, je ne faisais pas très souvent. Aujourd'hui, je considère que c'est l'une des choses les plus utiles que je fais.

Ma prochaine suggestion pratique, que j'ai déjà présentée à l'assemblée annuelle de l'Association canadienne des pédopsychiatres, est la suivante : les services de pédopsychiatrie et de pédiatrie du pays devraient se réunir et former un seul service de santé de l'enfant. La dissociation du corps et de l'esprit perdure, même si toutes les données scientifiques montrent clairement qu'il n'y a pas de distinction qui vaille. Nous avons beaucoup plus en commun les uns avec les autres, à mon avis, que les pédopsychiatres et les psychiatres pour adultes. Par conséquent, comme un médecin britannique l'a déjà dit, l'histoire d'amour entre la pédiatrie et la pédopsychiatrie existe depuis des décennies, et il est temps qu'ils se marient, ne fût-ce que pour l'amour des enfants.

Il faut exercer des pressions par l'entremise des chefs des services canadiens de pédopsychiatrie et de pédiatrie, par l'entremise du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, qui certifient ces gens. On possède des preuves bien documentées du fait que les pédiatres, qui voient un nombre énorme et de plus en plus grand d'enfants aux prises avec des problèmes de santé mentale, sont mal préparés à ce travail. Voici un document qui a été présenté le 15 mai aux Pediatric Academic Societies. Il provient de l'Université de la Californie. Les chercheurs ont envoyé un questionnaire à tous les chefs de programmes de résidence en pédiatrie, programmes de formation de troisième cycle. Quatre-vingt quatre pour cent des directeurs de programmes ont indiqué que, selon eux, la période de formation en santé mentale des enfants était minime ou sous-optimale. On a passé en revue les diverses affections, notamment le THADA, les

training, and only 25 per cent described ambulatory training by psychiatrists or mental health professionals.

It is clear, not just to psychiatrists but also to pediatricians, and it would certainly be duplicated in Canada, that the training that people who look after children are getting is grossly inadequate, and I did not mention family physicians. That brings me to my next practical suggestion.

Children do not exist just as children. That may not come as great news to you. They exist as members of a committee that we call the family, which is a committee of people who live in a kind of dynamic equilibrium. One of the things I learned early in my career from the people at McMaster, where family therapy was born in Canada and, to some extent, in the world, was that when you change any member of that dynamic equilibrium, whether for the better or for the worse, you change everyone. That is one of the factors at the root of treatment failures. We treat the child, but not in the family context.

Here is my next practical suggestion. I am a confirmed family therapist. I deal with families as families. I refuse to see children unless both parents are present.

I believe that we need a rebirth of family therapy training in Canada, and this is not only for psychiatrists or physicians, but also for social workers, nurses and clergy. We have a pastoral care director who is a trained family therapist, and most of the people on our medical staff are unaware of that fact. Therefore, we need a form of mental health hamburger extender. You can make a certain amount of hamburger go twice as far by adding that powder you buy at the grocery store. This is a form of mental health hamburger extender.

Health care is too important to leave to the doctors or the psychiatrists or the nurses. It has to involve everybody, and it is possible to train first-quality family therapists. I believe that Canada should have a minimum of one or two centres that are specifically devoted to that, where all provinces and territories are required to send a certain number of people every year so that we can use that multiplier effect to scatter effective family therapists across the country. It can be done.

When we talk about the issue of mental health, people say that we need more psychiatrists and we need more psychologists. How long does it take to train one? How long can we wait for those wonderful people to be trained? You cannot. You can train family therapists in a relatively short time. They may not perform

troubles de l'alimentation, les troubles de l'humeur et ainsi de suite. Moins de 15 p. 100 des programmes offraient une formation en pédopsychiatrie en milieu hospitalier, et seulement 25 p. 100 des répondants ont décrit une formation ambulatoire offerte par des psychiatres ou des professions en santé mentale.

Il est clair, non seulement pour les psychiatres, mais également pour les pédiatres, et ces résultats seraient sûrement semblables au Canada, que la formation qu'obtiennent les gens qui s'occupent des enfants est extrêmement inadéquate, et je n'ai pas parlé des médecins de famille. Cela m'amène à ma prochaine suggestion pratique.

Les enfants n'existent pas seulement comme des enfants. Ce n'est sûrement pas une grande nouvelle pour vous. Ils existent en tant que membres d'un comité que nous appelons la famille, un comité formé de personnes qui vivent dans une sorte d'équilibre dynamique. L'une des choses que m'ont apprises tôt dans ma carrière les gens de McMaster, berceau de la thérapie familiale au Canada, et, dans une certaine mesure, dans le monde entier, c'est que lorsqu'on remplace un membre de cet équilibre dynamique, que ce soit pour le meilleur ou pour le pire, tous les membres changent. C'est l'un des facteurs qui est à l'origine de l'échec des traitements. Nous traitons l'enfant, mais pas dans son milieu familial.

Voici ma prochaine suggestion pratique. Je suis un grand défenseur de la thérapie familiale. Je travaille avec les familles en tant que familles. Je refuse de voir les enfants si leurs deux parents ne sont pas présents.

Je crois que nous avons besoin d'une restructuration de la formation en thérapie familiale au Canada, et cela concerne non seulement les psychiatres et les médecins, mais également les travailleurs sociaux, les infirmières et le clergé. Nous avons un directeur de service de pastorale qui est un thérapeute familial formé, et la plupart des membres de notre personnel médical l'ignorent. Par conséquent, nous avons besoin d'une façon d'allonger la sauce en santé mentale. Parfois, en ajoutant un peu de liquide, on peut obtenir une plus grande quantité de sauce. C'est une façon de grossir les effectifs en santé mentale.

Les soins de santé sont trop importants pour qu'on les réserve aux médecins, aux psychiatres ou aux infirmières. Tout le monde doit y participer, et il est possible de former d'excellents thérapeutes familiaux. Je crois qu'on devrait trouver au Canada au moins un ou deux centres qui s'y consacrent spécifiquement, des centres où toutes les provinces et tous les territoires seraient tenus d'envoyer un certain nombre de personnes chaque année, de sorte que nous puissions utiliser ce facteur de multiplication pour disperser des thérapeutes familiaux efficaces un peu partout au pays. C'est possible.

Lorsqu'on parle de santé mentale, les gens disent que nous avons besoin de plus de psychiatres et de davantage de psychologues. Combien de temps ça prend pour en former un? Pendant combien de temps pouvons-nous attendre que ces merveilleuses personnes soient formées? On ne peut pas. On

absolutely as well as a highly trained child psychologist, but three quarters of a loaf is better than no loaf at all.

I mentioned moving mental health into the schools. One has to pay attention to people's lives and when they can get access. I do not think we take nearly enough advantage of evenings. This is the time to get parents together. We live in a society that works nine to five, but where children's mental health is concerned, particularly where group intervention is important, you have to get people together.

The same applies to pregnant women, which is the time that mental health care should begin, when they, their partners and their other children often should be involved.

I mentioned telehealth. That should be developed more extensively across the country. It may be that, with the help of organizations like CDC, this can be done. It needs to be a planned development so that people have access to mental health care without having to leave their homes in remote areas and travel to other places, which can create enormous hardship for them.

The Chairman: Further to your comment on locating services in the schools, the trend is clearly toward multidisciplinary primary care, as opposed to primary health care centres with psychologists. Do you see those as playing a significant role or do you see the service more in the school?

Dr. Goldbloom: I see the service more in the school. In some high schools we have teen health centres, which are usually staffed by one nurse who is responsible for the mental and physical health care of the entire school.

We send our residents occasionally into the schools. Other centres do as well. It is not nearly enough. A one-day exposure does not do it. We need exposure and responsibility over time to deal with children where they are and where their families are willing to come. I see the school as the most underdeveloped site for effective health care of any in the country.

The Chairman: That is not just mental health care.

Dr. Goldbloom: That is for all kinds of health care, but mental health care in particular.

Ms. Whitenect: I would like to reinforce that point. With regard to primary care facilities, we are doing the same thing in New Brunswick. When you talk about adult services, it will work for adults. However, when it comes to child and adolescent services, we need to talk about the school system.

peut former des thérapeutes familiaux en relativement peu de temps. Ils ne seront peut-être pas aussi bons que les pédopsychologues qui ont fait des études supérieures, mais faute de grives, on mange des merles.

J'ai mentionné qu'il fallait déménager les services de santé mentale dans les écoles. On doit tenir compte de la vie des gens et de l'endroit où ils peuvent accéder aux services. Je ne pense pas que nous profitons un tant soit peu des soirs. C'est à ce moment-là qu'on peut réunir les parents. Nous vivons dans une société où les gens font du 9 à 5, mais lorsqu'il est question de la santé mentale des enfants, surtout lorsque l'intervention de groupes est importante, on doit rassembler les gens.

C'est la même chose pour les femmes enceintes. C'est pendant la grossesse que l'on devrait commencer à offrir des soins en santé mentale, lorsque ces femmes, leur partenaire et leurs autres enfants devraient souvent participer aux interventions.

J'ai parlé de la télésanté. On devrait y recourir davantage dans les diverses parties du pays. Avec l'aide d'organisations comme la CDC, on pourrait y arriver. Il faudrait en planifier la mise au point de sorte que les gens aient accès aux soins de santé mentale sans avoir à quitter leur foyer, dans les régions éloignées, car cela pourrait leur créer d'énormes préjudices.

Le président : En réaction à votre commentaire sur le déménagement des services dans les écoles, je vous dirais que la tendance est clairement aux soins primaires multidisciplinaires, et non pas aux centres de soins de santé primaires dotés de psychologues. Selon vous, est-ce qu'ils jouent un rôle important, ou est-ce que le service devrait être offert à l'école?

Le Dr Goldbloom : Selon moi, le service devrait être offert à l'école. Dans certaines écoles secondaires, nous avons des centres de santé pour les adolescents, qui sont habituellement dotés d'une infirmière qui est responsable des soins de santé mentale et physique de toute l'école.

À l'occasion, nous envoyons nos résidents dans les écoles. D'autres centres le font aussi. Mais c'est loin d'être suffisant. Une exposition d'une journée ne suffit pas. Nous avons besoin d'exposition et de responsabilités pour travailler avec les enfants là où ils sont et là où leur famille est prête à aller. Je considère que l'école est le centre de soins de santé le plus sous-exploité de n'importe quel centre au pays.

Le président : Ça ne concerne pas seulement les soins de santé mentale.

Le Dr Goldbloom : Ça concerne tous les types de soins de santé, mais surtout les soins de santé mentale.

Mme Whitenect : J'aimerais renforcer ce point. En ce qui a trait aux installations de soins primaires, nous faisons la même chose au Nouveau-Brunswick. Lorsque vous parlez de services pour adultes, ça fonctionne pour des adultes. Cependant, lorsqu'il est question de services destinés aux enfants et aux adolescents, nous devons parler du système scolaire.

Our addictions people do not have an office other than in the school system. They do all their work within the schools. You are right that it reduces the stigma. Parents are willing to come there. It is a natural environment. Many young people use the school system, so it is accessible. For those young people who cannot be in the school system, we have alternate sites. They are still school based. I reinforce the point that that is the key area.

Ms. Hills: It is also a way that schools can address some of the cultural issues in an individual community. Some recent creative examples include an instance where Jewish family services provided a psychiatrist to a school, but the psychiatrist was not called a psychiatrist. The psychiatrist was called a guidance counsellor. The students would not go to a psychiatrist's office, but they would go to see a guidance counsellor. It was known that Mr. Goldbloom was coming on Wednesday afternoon as a visiting guidance counsellor. Ultimately, the kids all knew he was a psychiatrist, but he was not labelled as such. The families were more comfortable with that.

Because of the cultural differences in the GTA and in many communities in Canada, parents often do not like to address mental health issues. The school was the hub. The schools became very creative in the way they were able to work with these multicultural communities.

Mr. Mussell: I do not like to throw a wrench into a good idea, but I am concerned that schools do not necessarily have a good reputation for dealing with the stigma experienced by culturally different children, especially Aboriginals. There is a great deal of bullying. In British Columbia, fourteen-year-olds have lost their lives because of bullying. My sense is that teachers are not well prepared and equipped to intervene in instances of stigma and bullying. In Canada, based on what I have read, the major victims of bullying are people of the Aboriginal communities.

That is a caution that I raise. I like the idea, but I am aware of another reality.

Ms. Forge: I would like to make three points. The first is to respond to Mr. Mussell's point about bullying. It is an issue that needs to be addressed. This year in our district we will have full implementation of anti-bullying policy and procedure, and all of what that means in terms of staff development. We surveyed half of our students about bullying to find out where the issues are and what we need to do to address them.

It is a crucial caution, but it needs to be taken in the context of what we can do to ensure it does not continue or does not get in the way of using schools as a partner in delivering service.

Nos employés qui traitent les personnes aux prises avec des dépendances n'ont pas de bureau ailleurs que dans le système scolaire. Ils font tout leur travail dans les écoles. Vous avez raison lorsque vous dites que cela réduit les stigmates. Les parents sont prêts à aller dans les écoles. C'est un environnement naturel. Bien des jeunes utilisent le système scolaire, et donc, il est accessible. Pour ce qui est des jeunes qui ne peuvent pas être dans le système scolaire, nous avons des bureaux parallèles. Ces bureaux sont quand même rattachés à l'école. Je vous assure que c'est là qu'on devrait offrir les services.

Mme Hills : Ça permet également aux écoles de régler certains problèmes culturels dans une communauté individuelle. Parmi les exemples créatifs récents, mentionnons un cas où des services familiaux juifs ont envoyé un psychiatre dans une école, mais où le psychiatre n'était pas appelé comme tel. Il se faisait appeler « conseiller en orientation ». Les étudiants ne seraient pas allés au bureau du psychiatre, mais ils allaient voir un conseiller en orientation. On savait que M. Goldbloom venait le mercredi après-midi en tant que conseiller en orientation itinérant. En fin de compte, tous les enfants savaient qu'il était psychiatre, mais ils ne l'appelaient pas comme ça. Les familles étaient plus à l'aise ainsi.

Étant donné les différences culturelles dans la RGT et dans bien des collectivités canadiennes, il n'est pas rare que les parents ne veuillent pas parler de problèmes de santé mentale. C'est l'école qui a été leur carrefour. Les écoles sont devenues très créatives dans la façon dont elles travaillent avec ces communautés multiculturelles.

M. Mussell : Je ne voudrais pas démolir une bonne idée, mais j'ai bien peur que les écoles n'aient pas nécessairement une bonne réputation pour ce qui est de réduire les stigmates qui marquent les enfants de cultures différentes, surtout les Autochtones. Il y a beaucoup d'intimidation. En Colombie-Britannique, des jeunes âgés de 14 ans ont perdu la vie à cause de l'intimidation. Selon moi, les enseignants ne sont pas bien préparés ni outillés pour intervenir dans des cas de stigmatisation et d'intimidation. Au Canada, d'après ce que j'ai lu, les principales victimes de l'intimidation sont des Autochtones.

C'est juste une mise en garde. J'aime votre idée, mais la réalité que je connais est tout autre.

Mme Forge : J'aimerais faire valoir trois points. Tout d'abord, je voudrais réagir aux commentaires de M. Mussell concernant l'intimidation. C'est un problème sur lequel il faut se pencher. Cette année, dans notre district, nous allons mettre en œuvre une politique et une procédure anti-intimidation, et tout ce que ça suppose en fait de perfectionnement du personnel. Nous avons effectué un sondage auprès de la moitié de nos étudiants au sujet de l'intimidation pour déterminer la source des problèmes et ce que nous devons faire pour les régler.

Il s'agit d'une mise en garde cruciale, mais on doit la considérer dans le contexte de ce que nous pouvons faire pour nous assurer que la situation ne persiste pas ou ne nous empêche pas de faire appel aux écoles pour offrir le service.

That leads me to my other two points. One of the advantages for us in this partnership is that we can run a 10-month school year in 10-month blocks. In working with community agencies, we have been able to extend our opportunity to support young people to 12 months. In those two months in the summer, we often find there is slippage with issues related to the mental health of children and youth. We find that the good work that was done gets undone because there is not that ongoing support over the summer period. That is a key to the partnership idea. It becomes more important to do exactly as you say, to talk about schools as the hub.

The other point is a caution. Schools are different beasts. We are a different organization. We have a fairly narrow mandate, in some ways, and yet it is all-encompassing in other ways. When we try to partner, we do it more or less effectively, based usually on the personalities and the relationships that are built.

If we are to say that schools are the hub, we need to identify how to do that effectively, what it looks like when it is done effectively, what are the skills necessary and who needs to be involved. It can go off the rails fairly quickly if people are not committed to it.

Mr. Mussell: In efforts to enrich the quality of teaching of Aboriginal learners in British Columbia, parents and community people have been limited by the system because of the union's rulings and their requirements. I would be concerned about that in terms of making the schools the hub of mental health services.

Dr. Davidson: I would like to support what Mr. Mussell has been saying. I will remind you of my previous comment on the notion that schools have access to all children and youth. Not all children and youth get to schools, some because of bullying, and many because they have a severe psychiatric disorder of the internalizing type. Those would be school-refusers. Of the externalizing variety, that is more school truancy. The late Dan Offord spoke and wrote very elegantly about the concept of civic communities. When we talk about the school as the hub, we have to enlarge that thinking. It is not just a place of services for children and youth, in my view. It is a community place. Schools are there to serve, and they should be serving people across the age span. I would see a hub as a place where people of all ages go.

When one of my colleagues, Yvon Lapierre, retired, I asked him if he would be a consultant in the program I run at the Children's Hospital. He said to me, "You do not want me. I am on the back nine holes of my life." I said, "That is exactly why we do want you."

Cela m'amène à mes deux autres points. Ce partenariat a ceci d'avantageux pour nous que nous pouvons gérer une année scolaire de dix mois par blocs de dix mois. En travaillant avec des organismes communautaires, nous avons pu élargir notre capacité de soutenir les jeunes à douze mois. Souvent, pendant les deux mois de l'été, il y a un dérapage en ce qui a trait aux problèmes de santé mentale des jeunes et des enfants. On découvre qu'on défait tout le bon travail qu'on a effectué parce qu'il n'y a pas de soutien continu pendant l'été. C'est un élément clé du modèle de partenariat. Il devient de plus en plus important de faire exactement ce qu'on dit, de parler des écoles comme d'un carrefour.

Mon autre point est une mise en garde. Les écoles sont des bêtes différentes. Nous sommes une organisation différente. Nous avons un mandat assez restreint, à certains égards, et, à d'autres égards, il est très large. Lorsque nous essayons d'établir des partenariats, nous le faisons plus ou moins efficacement, sur le plan, habituellement, des personnalités et des relations qui sont nouées.

Si nous voulons dire que les écoles sont un carrefour, nous devons déterminer ce que nous devons faire pour qu'elles le soient vraiment, ce à quoi ça ressemble lorsqu'on travaille efficacement, les compétences nécessaires ainsi que les personnes qui doivent mettre l'épaule à la roue. Tout le projet peut dérailler assez rapidement si les gens ne s'y consacrent pas.

M. Mussell : Lorsqu'ils ont essayé d'enrichir l'enseignement offert aux apprenants autochtones en Colombie-Britannique, des parents et des gens de la collectivité ont été limités par le système à cause des règlements et des exigences du syndicat. Cela me préoccuperait si je voulais faire des écoles le carrefour des services de santé mentale.

Le Dr Davidson : J'aimerais appuyer ce que dit M. Mussell. Je vous rappellerai ce que j'ai dit au sujet du fait que les écoles ont accès à tous les enfants et à tous les jeunes. Les enfants et les jeunes ne vont pas tous à l'école, certains parce qu'ils y sont victimes d'intimidation, et un grand nombre parce qu'ils sont atteints d'un grave trouble psychiatrique du type « intériorisation ». Ces enfants refusent d'aller à l'école. Les enfants qui souffrent plutôt d'un trouble d'extériorisation sont plus enclins à faire l'école buissonnière. Dan Offord, qui n'est plus de ce monde, a parlé et écrit de façon très élégante sur le concept des communautés civiques. Lorsque nous parlons de l'école comme d'un carrefour, nous devons élargir cette pensée. Selon moi, ce n'est pas seulement un endroit où l'on offre des services aux enfants et aux jeunes. C'est un lieu communautaire. Les écoles sont là pour servir, et elles devraient servir les gens de tout âge. À mon avis, un carrefour est un endroit où tous les gens, quel que soit leur âge, peuvent aller.

Lorsqu'un de mes collègues, Yvon Lapierre, a pris sa retraite, je lui ai demandé s'il serait prêt à être expert-conseil dans le programme que j'administre à l'Hôpital pour enfants. Il m'a dit : « Vous ne voulez pas de moi. J'en suis à la fin de ma vie. » Je lui ai dit : « C'est exactement pour cela que nous vous voulons. »

Our elders and seniors have a tremendous amount to offer. Their presence in our school system would be invaluable for us. It would give them a strong sense of self and an appreciation of what they have done in the rest of their lives.

My pitch is that the school is there to serve. As was mentioned, evenings are important. Schools should be open almost 24/7, and we should have in-school services, but across the age span, including programs such as literacy programs, learning how to cook programs, learning how to grow fruits and vegetables. There are opportunities within school systems if we broaden our vision of the hub model to incorporate people of all ages.

Dr. Israël: I will subject you to some selective redundancy, which means I agree with a lot that has been said, but I have also already learned a lot today, which I feel like running back and sharing with my child psychiatry students.

The inspiration for my talk is where do the good ideas go? There are many good ideas that go nowhere, that are never tested and not implemented. I want to talk about just that.

What strikes me most about mental health service delivery, whether to children or to adults, is how heterogeneous it is and how within our own country there exists such a disparity in how services are organized, how resources are rationalized, and how orientations and priorities are established. Without sacrificing the principle of adapting programs to local needs and resources, there is a lot to be gained from centralization of key tasks and from channelling expertise into the development of a multifaceted, national strategy focused on the mental health needs of Canadian children.

You have already convinced me today that children have to be dealt with separately from adults. I am an adult psychiatrist, and I mostly focus on the adult world. However, I know just from my own experience in my hospital that the partners and the issues are entirely different. You dilute things by merging the two together. On the other hand, in keeping with what Dr. Goldbloom said, there are perhaps ways of integrating with other sectors that do not apply to adult mental health.

In the mental health field, we deal with complex disorders that are the product of intricate interactions between genetics and environment. I come from the specialized treatment sector, but I feel that specialized treatment is costly, not accessible to many, does not focus on prevention or promotion, and only addresses the tip of the iceberg when it comes to children's mental health.

How can we integrate a rapidly increasing global body of knowledge on promotion, prevention, early intervention and treatment into public health policy, public and professional

Nos aînés ont énormément à offrir. Leur présence dans notre système scolaire aurait pour nous une valeur inestimable. Cela leur donnerait confiance en eux, et on reconnaîtrait ce qu'ils ont fait dans le restant de leur vie.

Ce que je veux dire, c'est que l'école est au service des gens. Comme on l'a mentionné, les soirs sont importants. Les écoles devraient être ouvertes presque 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et nous devrions offrir des services dans les écoles, mais pour les gens de tous les âges, notamment des programmes comme des programmes d'alphabétisation, l'apprentissage de la cuisine, et d'apprentissage de la culture des fruits et des légumes. Si nous élargissons notre vision du modèle de carrefour en y intégrant les gens de tous les âges, le système scolaire a des possibilités à offrir.

La Dre Israël : Vous allez devoir entendre certaines idées qui ont déjà été énoncées. Je suis d'accord avec beaucoup de ce qui a été dit, mais j'ai déjà beaucoup appris aujourd'hui, aussi. Je pense que je vais communiquer ce que j'ai appris à mes étudiants en pédopsychiatrie.

Mon exposé s'inspire de la question suivante : « Où vont les bonnes idées? » Beaucoup de bonnes idées ne vont nulle part, ne sont jamais mises à l'essai et ne sont pas adoptées. C'est de cela dont je veux parler.

Ce qui me frappe le plus au sujet de la prestation de services en santé mentale, qu'ils soient destinés aux enfants ou aux adultes, c'est leur hétérogénéité et la mesure dans laquelle, dans notre propre pays, il existe une telle disparité dans la manière dont les services sont organisés, les ressources sont rationalisées et les orientations et priorités sont établies. Sans sacrifier le principe de l'adaptation des programmes aux ressources et besoins locaux, il y a beaucoup à gagner à centraliser les tâches clés et à canaliser l'expertise dans l'élaboration d'une stratégie nationale à plusieurs facettes, axée sur les besoins en santé mentale des enfants canadiens.

Vous m'avez déjà convaincue aujourd'hui que les enfants doivent être traités isolément des adultes. Je suis psychiatre pour adultes, et je me concentre principalement sur le monde adulte. Toutefois, je sais, d'après mon expérience à l'hôpital, que les partenaires et les enjeux sont entièrement différents. Si on fusionnait les deux, ils seraient moins efficaces. Par ailleurs, conformément à ce que le Dr Goldbloom a dit, il y a peut-être des façons de collaborer avec d'autres secteurs qui ne s'appliquent pas à la santé mentale des adultes.

Dans le domaine de la santé mentale, nous voyons des troubles complexes qui résultent d'interactions compliquées entre la génétique et l'environnement. Je viens du secteur où on offre des traitements spécialisés. Cependant, j'estime que les traitements spécialisés coûtent cher, ne sont pas accessibles à tous, ne mettent pas l'accent sur la promotion ni la prévention, et ne font que régler les problèmes visibles en matière de santé mentale des enfants.

Comment pouvons-nous intégrer une base de connaissances mondiale de plus en plus imposante sur la promotion, la prévention, l'intervention précoce et le traitement aux politiques

educational strategies, and service organization and planning? Of course, I do not know the answer, but there are many ways of going about this.

I would propose that, no matter what, we need a centralized structure that would be focused on mental health for children, but working with other sectors as well. A centralized structure would serve six different dimensions.

First, it would pool data from epidemiological and population studies in order to measure and monitor population health needs that are changing as our environment changes. For instance, trends have to be detected in the increase or decrease of certain problems in order to anticipate needs and to adequately allocate resources, as well as to be able to promote early identification of potential risk factors once they are known.

What I am thinking of in my own field is obesity in children. In the States, the numbers are grossly out of proportion. In Canada, it is starting. It will have both physical and mental health impacts. As you know, obesity and lack of self-esteem go hand in hand, not to mention the bullying and teasing that obese children go through. The sooner we learn about what is happening within a particular community and which communities are at risk, the faster we will be able to intervene in order to design comprehensive interventions promoting healthy eating and increased activity. We are not talking here about treating children who are obese and have developmental health problems, or treating children who are obese and then develop eating disorders because they go on strict diets.

The second way in which a centralized structure would work is that it would orient research agendas and research fund allocations. It should not be haphazard who gets the money. We have to decide where our research efforts should be directed. We need more evaluative research to assess the efficacy of existing programs and the impact of early interventions on future health. We do not know enough about this. We need to focus on gene/environment interactions and look for factors that not only mediate risk, but also focus on resilience. Who is spared and why? We need to study the impact of advertising on children and evaluate how media and communication tools can be harnessed to decrease stigma instead of reinforcing it.

I heard a lecture last week by Kelly Brownell from the States, from Yale, and he effectively demonstrated how the media trains children to overeat and to eat fast food. He talked about portion size and how vulnerable our children are to that, and about new strategies involving text messaging children on cell phones. Apparently, most children have cell phones now. Our children are being influenced by people whom we do not control at all, and

de santé publique, aux stratégies d'éducation du public et des professionnels, ainsi qu'à l'organisation et à la planification des services? Bien sûr, je ne connais pas la réponse, mais il y a de nombreuses façons d'aborder la question.

Quoi qu'il en soit, je vous dirais que nous avons besoin d'une structure centralisée qui serait axée sur la santé mentale des enfants, mais qui nous permettrait aussi de travailler avec d'autres secteurs. Une structure centralisée répondrait à six considérations.

Premièrement, elle permettrait de regrouper des données provenant d'études épidémiologiques et d'études sur la population pour mesurer et surveiller les besoins en santé de la population, qui changent à mesure qu'évolue notre environnement. Par exemple, il faut déterminer si la tendance est à l'augmentation ou à la réduction de certains problèmes, afin de prévoir les besoins et d'affecter des ressources là où on en a besoin, et pour promouvoir l'identification précoce de facteurs de risque potentiels lorsqu'on les connaît.

Dans mon propre domaine, je pense à l'obésité chez les enfants. Aux États-Unis, les chiffres sont hors de proportion. Au Canada, on commence à observer ce phénomène. Cela aura des répercussions tant sur la santé physique que sur la santé mentale. Comme vous le savez, l'obésité et le manque d'estime de soi vont de pair, sans parler de l'intimidation et des railleries dont font l'objet les enfants obèses. Plus vite nous apprendrons ce qui se passe dans une collectivité donnée et quelles collectivités sont à risque, plus vite nous pourrions intervenir pour concevoir des interventions complètes visant à promouvoir l'alimentation saine et l'activité physique. Nous ne parlons pas ici de traiter des enfants obèses et des enfants qui ont des problèmes de santé liés au développement, ni de traiter des enfants qui sont obèses et qui finissent par avoir des troubles de l'alimentation parce qu'ils doivent suivre un régime strict.

Le deuxième aspect dans lequel une structure centralisée fonctionnerait, c'est qu'elle orienterait les programmes de recherche et le financement des recherches. On ne devrait pas laisser au hasard le choix des bénéficiaires. Nous devons décider dans quelle direction nous devrions orienter nos efforts de recherche. Nous avons besoin davantage de recherches évaluatives pour mesurer l'efficacité des programmes existants et l'impact d'interventions précoces sur la santé future. Nous n'en savons pas suffisamment à ce sujet. Nous devons nous concentrer sur les interactions entre la génétique et l'environnement, et examiner des facteurs qui non seulement atténuent les risques, mais visent la résilience. Qui est épargné, et pourquoi? Nous devons étudier l'impact de la publicité sur les enfants et évaluer la façon dont on pourrait exploiter les médias et les outils de communication pour réduire les stigmates plutôt que les renforcer.

La semaine dernière, j'ai assisté à une conférence donnée par Kelly Brownell, des États-Unis, de Yale. Il a démontré que les médias entraînent les enfants à s'empiffrer et à privilégier la restauration rapide. Il a parlé de la grosseur des portions et de la vulnérabilité de nos enfants face à cela, et de nouvelles stratégies qui consistent à envoyer des messages-textes sur le téléphone cellulaire des enfants. Il semblerait que la plupart des enfants ont

it does not just apply to my area, eating disorders, with all those thin ideals that the children are being bombarded with daily. It also applies to other issues like violence and role models that are presented to children through the media. I think this is a big issue that most of us do not even broach.

We do not have answers to many of the questions we are talking about today because data are lacking. We can rely on expert opinion by default, and that is pretty good sometimes, but ideally, some of our questions would be answered through appropriately directed research efforts. That is why we need to control what kind of research gets done. We need to have the experts inform the research strategy.

The other thing that a centralized structure could do is translate research findings once they are collected from international health policies aimed at promoting health or preventing illness.

Going back to eating disorders for a moment, researchers around the world met in Montreal last week, where I organized an international conference, and we discussed prevention of childhood obesity, but also the potentially harmful effects of promoting diets with respect to heightened risks of developing eating disorders. This is a double-edged sword that we work with. There was an NIMH-sponsored meeting where people got together to talk about screening and assessment tools for the preadolescent population, which has now definitely been targeted as highly at risk. These tools would be aimed at family practitioners and pediatricians, not at psychiatrists. By the time they come to us, it is way too late.

Similarly, I learned at this conference that web-based tools are being developed in Halifax that are targeted to teachers and that will help teachers promote healthy eating practices and self-esteem enhancement strategies. Had I not met this woman in the hallway or seen her poster, I might not know about this. Why cannot we all benefit from these things that are happening, not just in Canada but around the world?

Fourth, such a structure would centralize the preparation and dissemination of information such as public education and awareness campaigns, but also invest in the teaching and training of non-mental health professionals. We should produce a mental health curriculum that would be integrated into the educational programs of teachers, daycare workers and other health professionals. As many people have said, at medical school there is hardly any teaching on mental health. Many of the specialties that come in daily contact with mental health problems

un téléphone cellulaire aujourd'hui. Nos enfants sont influencés par des gens sur lesquels nous n'avons aucune emprise, et cela ne s'applique pas seulement à mon domaine, les troubles de l'alimentation, car on bombarde tous les jours les enfants d'images du corps idéal, qui est mince. Cela s'applique également à d'autres enjeux comme la violence et les modèles que l'on présente aux enfants par l'entremise des médias. Selon moi, c'est un gros problème que la plupart d'entre nous n'abordons même pas.

Nous n'avons pas de réponses à bon nombre des questions dont nous parlons aujourd'hui, parce que nous manquons de données. À défaut d'informations, nous pouvons nous fonder sur l'opinion d'experts, et, parfois, c'est correct, mais idéalement, les réponses à certaines de nos questions devraient émaner de recherches bien dirigées. C'est pourquoi nous devons surveiller le genre de recherches qu'on effectue. Les experts doivent documenter la stratégie de recherche.

De plus, une structure centralisée pourrait permettre de traduire les conclusions des recherches une fois qu'on les a recueillies auprès des politiques de santé internationales visant à promouvoir la santé ou à prévenir la maladie.

Je vais revenir quelques instants aux troubles de l'alimentation. La semaine dernière, les chercheurs du monde entier se sont réunis à Montréal, où j'ai organisé une conférence internationale. Nous avons discuté de la prévention de l'obésité infantile, mais également des effets potentiellement dommageables de la promotion de régimes en ce qui a trait aux risques accrus de troubles de l'alimentation. Nous travaillons avec une arme à double tranchant. Il y avait une réunion parrainée par le NIMH, où les gens se sont rencontrés pour parler d'outils de dépistage et d'évaluation visant les préadolescents, qui sont aujourd'hui bien ciblés car ils sont considérés comme étant très à risque. Ces outils seraient destinés aux médecins de famille et aux pédiatres, et non pas aux psychiatres. Lorsque nous les obtiendrons, il sera beaucoup trop tard.

Dans le même ordre d'idées, j'ai appris, à cette conférence, qu'on met au point à Halifax des outils Web à l'intention des enseignants, outils qui les aideront à promouvoir de saines habitudes d'alimentation et des stratégies d'amélioration de l'estime de soi. Si je n'avais pas rencontré cette femme dans le couloir et si je n'avais pas vu son affiche, je ne le saurais peut-être pas. Pourquoi ne pourrions-nous pas tous bénéficier de tout ce qui se passe, non seulement au Canada, mais dans le monde entier?

Quatrièmement, une telle structure permettrait de centraliser la préparation et la diffusion de l'information, comme les campagnes d'éducation et de sensibilisation du public, mais aussi d'investir dans l'apprentissage et la formation de professionnels qui n'oeuvrent pas dans le domaine de la santé mentale. Nous devrions élaborer un programme d'études en santé mentale qui s'enchâsserait dans le programme pédagogique des enseignants, des techniciens en garderie et d'autres professionnels de la santé. Comme bien des gens l'ont dit, dans les écoles de

do not know anything about it. The objective would be first to reduce stigma by educating people, but also to familiarize them with common disorders.

What Judy Hills brought out is exactly what I had in mind, but I did not know it existed. It is great idea, and it would also teach people how to access services or tell them where to go if they identify a problem, which is something many people do not know.

As always, when you implement any program, you need to predetermine indicators to be tracked in order to know whether it works or not.

Number five, it would translate research findings into the development of evidence-based models of care and ensure that research findings and major impacts, new strategies and initiatives that have been successful, are implemented quickly and across the board, instead of locally for the benefit of a few.

Finally, it would monitor quality assurance and help organize service delivery so that optimal services are delivered to the greatest number of children. There is a pressing need to define levels of care and implement the hierarchical system with clear referral lines and dissemination of appropriate tools so that non-specialized health workers can effectively intervene with a majority of children. The idea here is that things are organized centrally by lots of specialists and experts, but care is mostly delivered by people who are not necessarily specialists but who have the greatest contact with children. Benchmarks are sorely needed as to reasonable ratios for staffing and services. We have no idea. We have all kinds of numbers that people debate, but we need to know the minimum that a community requires to ensure the mental health of their children.

Creating a centralized structure would not necessarily imply hiring more scientists or professionals, but rather coordinating the efforts that are already being deployed, eliminating redundancy and offering an infrastructure that facilitates the pooling of expertise and the dissemination of knowledge and know how. The driving principle is the optimal use of scientists and mental health specialists and the redistribution of tasks amongst all those who impact on the mental health of children. Projects could be delegated to a group with a particular expertise, but then all would benefit from the results.

Currently, we have a small group of mental health specialists struggling to keep up with an increased demand for their services while a multitude of primary care workers, non-health care professionals, teachers and daycare workers, who could intervene meaningfully, are not organized to do so. I would therefore advocate that specialists' time be channelled into either the

médecine, on n'enseigne pratiquement rien dans le domaine de la santé mentale. Bon nombre des spécialistes qui sont exposés quotidiennement à des problèmes de santé mentale n'en savent rien. L'objectif consisterait d'abord à réduire les stigmates en éduquant les jeunes, mais aussi en les amenant à mieux connaître les troubles courants.

Ce que Judy Hills a fait valoir est exactement ce que j'avais en tête, mais je ne savais pas que ça existait. C'est une merveilleuse idée, et cela permettrait de montrer aux gens comment ils peuvent accéder aux services ou de leur dire où ils doivent aller s'ils cernent un problème, quelque chose que bien des gens ne savent pas.

Comme toujours, lorsqu'on met en œuvre un programme, il faut déterminer à l'avance les indicateurs que l'on surveillera pour savoir si le programme fonctionne ou pas.

Numéro cinq, cette structure permettrait de traduire les conclusions des recherches dans l'élaboration de modèles de soins fondés sur les données et de s'assurer que ces conclusions et les principales répercussions des recherches, et les nouvelles stratégies et initiatives fructueuses sont appliquées rapidement et systématiquement, plutôt que localement, pour le bénéfice d'un petit nombre de personnes.

Enfin, cette structure permettrait de surveiller l'assurance de la qualité et d'organiser la prestation de services de sorte qu'on dispense des services optimaux au plus grand nombre d'enfants possible. Il est urgent de définir les niveaux de soins et de mettre en place le système hiérarchique en le dotant de lignes de référence claires, et de diffuser des outils appropriés pour que les travailleurs de la santé non spécialisés puissent intervenir efficacement auprès d'une majorité d'enfants. L'idée, ici, c'est que les choses sont organisées de façon centrale par une foule de spécialistes et d'experts, mais que les soins sont dispensés principalement par des gens qui ne sont pas nécessairement des spécialistes, mais qui sont le plus souvent en contact avec les enfants. On a grandement besoin de points de référence quant aux ratios raisonnables de dotation et de services. Nous n'en avons aucune idée. Les gens débattent de toutes sortes de statistiques, mais nous devons connaître le minimum dont une collectivité a besoin pour assurer la bonne santé mentale de ses enfants.

La création d'une structure centralisée ne suppose pas nécessairement l'embauche de scientifiques ou de professionnels. Il faut plutôt coordonner les efforts qui sont déjà déployés, éliminer la redondance et offrir une infrastructure qui facilite la mise en commun de l'expertise et la diffusion des connaissances et du savoir-faire. Le principe directeur est l'utilisation optimale des scientifiques et des spécialistes en santé mentale et la redistribution des tâches entre toutes les personnes qui ont une influence sur la santé mentale des enfants. On pourrait déléguer des projets à un groupe possédant une expertise particulière, et, de cette façon, tout le monde bénéficierait des résultats.

Actuellement, nous avons un petit groupe de spécialistes en santé mentale qui essaient tant bien que mal de répondre à la demande accrue en services, alors qu'une multitude de travailleurs en soins primaires, professionnels qui n'oeuvrent pas dans le domaine des soins de santé, enseignants et techniciens en garderie, dont l'intervention pourrait être utile, ne sont pas organisés pour

delivery of specialized care and/or the design and implementation of comprehensive mental health plans with clear definition and guidelines for personalized services.

Senator Keon: You come from a very interesting constituency as an adult psychiatrist talking about children. You were very clear about how you think children could be handled. At least, you were very clear that it needs a special focus — do not lump it in with adult services.

Somewhere along the road of life, as we all know, this child becomes an adult. There are a couple of difficult transitions in there. There is adolescence. Nobody knows what an adolescent is. It depends on whether you are defining it for a driver's licence or whatever. With my limited knowledge, I see two big holes in the system. One is birth to age three. The other is the transition of child to adult. How would you handle that?

Dr. Israël: I will start with birth to three. I mentioned other health care workers. Take nurses who do well-baby visits or child care workers, how much are they educated on identifying children who have problems or knowing where to go for help? They do not have to treat them or intervene. My ideas do not start at age five. They could start at zero, with pediatricians or GPs who come in contact with children.

In Israel, the nurses follow children from the local community clinics up to 18, with a weight chart so you can identify which kid started to go off into eating disorders and lose significant weight. There must be ways of tracking, screening, identifying, but also aiming interventions at these people because they are the first line.

The transition age is an area to be studied. It is open-ended when adolescence ends. I have heard 25 lately. In Quebec we are just putting out a mental health plan. I do not know if you have seen it.

The Chairman: We heard about it. We had a long talk about it.

Ms. Israël: It is coming out in its final form in the next few weeks. It is an example of centralization and getting directives on resource allocation, on hierarchy of services. It is far from perfect, but it is taking a stance and having us all react to it. There is talk about the possibility of seeing up to age 25 as adolescence, especially when kids stay home longer and so on. They are still more in the adolescent mode of being. We need transitional services. We need to aim services at certain kids and not have

le faire. Je recommanderais donc que les spécialistes se consacrent soit à la prestation de soins spécialisés, soit à la conception et à la mise en œuvre de vastes plans de santé mentale et d'une définition et de lignes directrices claires en ce qui concerne les services personnalisés.

Le sénateur Keon : Votre point de vue de psychiatre pour adultes qui parle des enfants est très intéressant. Vous nous avez décrit très clairement comment, selon vous, on pourrait traiter les enfants. Du moins, vous avez bien fait comprendre qu'on doit cibler ces services — il ne faut pas les flanquer avec les services aux adultes.

Tôt ou tard sur le chemin de sa vie, comme nous le savons tous, l'enfant devient adulte. À ce moment-là, il passe par quelques transitions difficiles. C'est l'adolescence. Personne ne sait ce qu'est un adolescent. Ça dépend de la définition qu'on en donne : est-ce que c'est pour l'obtention du permis de conduire, ou autre chose? Même si je ne connais pas grand-chose à la question, je vois deux grandes failles dans le système. La première se situe de la naissance jusqu'à l'âge de trois ans. L'autre concerne le passage de l'enfant à l'âge adulte. Comment feriez-vous pour corriger la situation?

La Dre Israël : Je vais commencer par la question de la naissance à l'âge de trois ans. J'ai parlé d'autres travailleurs du secteur des soins de santé. Prenez les infirmières qui vont dans les foyers pour s'assurer que les enfants sont bien portants, ou les travailleurs en garderie. Dans quelle mesure leur enseigne-t-on à reconnaître les enfants qui ont des problèmes ou à savoir où s'adresser pour obtenir de l'aide? Ils n'ont pas à les traiter ni à intervenir. Mon concept ne part pas à l'âge de cinq ans. Il peut s'appliquer dès la naissance, avec les pédiatres ou les médecins de famille qui sont en contact avec les enfants.

En Israël, les infirmières suivent les enfants depuis la clinique communautaire locale jusqu'à l'âge de 18 ans. Elles utilisent un tableau de poids pour déterminer quels enfants commencent à sombrer dans les troubles de l'alimentation et lesquels perdent beaucoup de poids. Il doit y avoir des façons d'assurer un suivi, un dépistage et le diagnostic, mais aussi de faire en sorte que les interventions visent ces personnes, parce que ce sont elles qui sont en contact avec les enfants.

L'âge de transition est une question qu'il faut étudier. On ne sait pas vraiment à quel âge se termine l'adolescence. Récemment, j'ai entendu quelqu'un dire que c'était à 25 ans. Au Québec, nous sommes en train de mettre en œuvre un plan de santé mentale. Je ne sais pas si vous l'avez vu.

Le président : Nous en avons entendu parler. Nous en avons discuté longuement.

La Dre Israël : Il sera définitif au cours des prochaines semaines. C'est un bon exemple de centralisation et de directives sur l'affectation des ressources, sur la hiérarchie des services. Il est loin d'être parfait, mais il prend position, et personne n'y est indifférent. On parle de la possibilité de fixer l'âge limite de l'adolescence à 25 ans, surtout lorsque les enfants restent longtemps à la maison, et ainsi de suite. Ils ont encore la mentalité d'un adolescent. Nous avons besoin de services d'aide à

cut-offs, but rather be able to assess where the person is at instead of using an arbitrary 18 years and 11 months, or whatever it is in your province.

That is part of the issues we need to study. The first step is the programs should not start at 18, they should start at 14. That is what we have done in our hospital, because the early psychosis can start at that age, and if you want to intervene quickly you should do it then. There must be communication between and integration of the two sectors, especially for adolescents.

Mr. Manion: I agree with much of what you said. To comment on your last statement, not all 14- or 15-year-olds are the same. We do put artificial boundaries around things, more for financial and fiduciary reasons than for realistic developmental reasons and better serving people. The lens must be changed dramatically, based on what the individual's needs are.

I want to comment on the research. I am a strong believer in the need to enhance our knowledge about what works. Evidence-based practice is very important, but there is a limitation to it. We have to realize that what is developed in one locale or one laboratory or in a well-controlled setting does not necessarily work in an isolated community that does not have the same kinds of resources or control over the situation. At times, we have to look at a promising practice in another community and perhaps validate it through some science to demonstrate that it does work and might be replicable across situations. We have to go from the top down and the bottom up at the same time in terms of increasing our knowledge.

Dr. Israël: That is why I made a distinction between evidence-based practice and quality assurance. In quality assurance, you are not using scientific methods to prove something, but you can track what is going on and see what the impacts are. Sometimes, we feel things are working, but then when we measure it, it is not working as well as we thought. It may also be able to identify the people who most benefited. In that way, you may not want to export it across the board, but you might say there is a similar community elsewhere with some of the same realities that could benefit from such a strategy, where this would not work in an urban centre.

Mr. Manion: Program evaluation and quality improvement are essential. It is strange how little research is funded in that area because it is not always considered to be real science. The value of that is also important in how we look at science, and it is really valuable to communities.

la transition. Nous devons faire en sorte que les services ciblent certains enfants et n'aient pas de limites, mais nous permettent d'évaluer où en est la personne plutôt que de fixer une limite arbitraire de 18 ans et 11 mois, ou quelle que soit la limite établie dans votre province.

Cela fait partie des enjeux que nous devons étudier. La première étape, c'est que les programmes ne devraient pas débiter à l'âge de 18 ans; ils devraient commencer à l'âge de 14 ans. C'est ce que nous avons fait dans notre hôpital, parce que la psychose précoce peut apparaître à cet âge-là, et si on veut intervenir rapidement, il faut le faire à ce moment-là. Les deux secteurs doivent communiquer entre eux et intégrer leurs activités, surtout en ce qui a trait aux adolescents.

M. Manion : Je suis d'accord avec la majeure partie de vos propos. En ce qui concerne votre dernière déclaration, je vous dirai que les jeunes âgés de 14 ou de 15 ans ne sont pas tous pareils. Nous mettons des limites artificielles, davantage pour des raisons financières et fiduciaires que pour des motifs réalistes liés au développement et pour mieux servir les gens. Nous devons complètement changer notre point de vue, en fonction des besoins de la personne.

Je veux faire une observation sur la recherche. Je suis absolument convaincu qu'il faut améliorer nos connaissances sur ce qui fonctionne. La pratique fondée sur des données est très importante, mais elle a ses limites. Nous devons comprendre que ce qu'on met au point dans un milieu fermé, un laboratoire ou dans un environnement contrôlé ne fonctionne pas nécessairement dans une collectivité isolée qui ne possède pas le même genre de ressources et qui ne peut rien changer à la situation. Parfois, nous devons examiner une pratique prometteuse dans une autre collectivité et peut-être la valider en effectuant des recherches pour démontrer qu'elle fonctionne et qu'elle pourrait s'appliquer à d'autres situations. Nous devons aller du haut vers le bas et du bas vers le haut en même temps pour accroître nos connaissances.

La Dre Israël : C'est pourquoi j'ai fait une distinction entre la pratique fondée sur des données et l'assurance de la qualité. Lorsqu'on effectue l'assurance de la qualité, on n'utilise pas de méthodes scientifiques pour prouver quelque chose, mais on peut surveiller ce qui se passe et observer les répercussions. Parfois, nous avons l'impression que les choses fonctionnent, mais lorsque nous les mesurons, ça ne fonctionne pas aussi bien que nous le pensions. De plus, cette pratique peut aussi permettre de déterminer les gens qui retirent le plus d'avantages. De cette façon, on ne veut peut-être pas l'exporter systématiquement, mais on peut dire que, quelque part, une collectivité semblable vivant des réalités similaires pourrait bénéficier d'une telle stratégie, alors qu'elle ne fonctionnerait pas dans un centre urbain.

M. Manion : L'évaluation des programmes et l'amélioration de la qualité sont essentielles. C'est étrange à quel point peu de recherches sont financées dans ce domaine, parce qu'elles ne sont pas toujours considérées comme étant de la vraie science. On doit également tenir compte de cette valeur lorsque nous examinons les données scientifiques, et cela est vraiment utile pour les collectivités.

Dr. Israël: We agree.

Mr. Manion: Yes, we agree.

Dr. Goldbloom: On the evidence-based practice versus consensus issue, which Dr. Israel referred to, I confess my bias has been strongly oriented towards evidence based. Where you do not have the evidence, there is an obligation to collect it, because consensus has a very bad track record. Dr. Alvin Feinstein of the Harvard School of Public Health said most of the greatest errors in medical history are traceable to the opinions of experts, and when you think about it, that is very true. There are a thousand examples of that.

The other issue that was raised was providing mental health care within primary care. It is important that we take a large dose of reality-based medicine here. I happen to function currently as a consultant. Most of the children I see are referrals from primary care physicians.

It did not take me long to learn that the number one reason for referral is that the primary care physician realizes this will take more than 10 minutes.

Sir William Osler once said that when doctors speak of matters of principle, they invariably mean money. There is a practical problem in mental health. That is, that people are paid by the number of patients they see. As long as that is the case, you will not see much mental health care in primary care.

Senator LeBreton: Dr. Goldbloom reminded me of the question I was thinking of when Dr. Israël was speaking. We have heard from witnesses before about people who went into psychiatry or psychology, the amount of training required, the time they have to spend per patient, and even the stigma that they deal with when people say, "My goodness, you're going into psychiatry?" Has anything happened on that front to address those issues?

Turning to your point, Dr. Israël, about teaching and training of non-mental health professionals, is there some way that that group can be brought into the picture to make the lives of people who do go to medical school and into these specialized areas easier, so they do not have to deal with the stigma even within their own community?

Dr. Goldbloom: I tried to suggest one way that that could happen, and that is through training in family therapy, which crosses as many disciplines as you like. You can train intelligent lay people to be excellent family therapists. It is an issue of training and certification, but it does not require eight years in university. We need to take the quick and dirty approach to doing that on a national scale. This would be one of the fastest ways of resolving the mental health issue, quite frankly.

La Dre Israël : Nous sommes d'accord avec vous.

M. Manion : Oui, nous sommes d'accord avec vous.

Le Dr Goldbloom : En ce qui concerne la question de la pratique fondée sur des données probantes plutôt que le consensus, à laquelle la Dre Israël a fait allusion, j'avoue que j'ai un parti pris marqué pour la pratique fondée sur les données probantes. Lorsqu'on n'a pas de données, il faut en recueillir, parce que le consensus présente une feuille de route peu enviable. Le Dr Alvin Feinstein, de la Harvard School of Public Health, a dit qu'on peut attribuer la plupart des plus grosses erreurs dans l'histoire de la médecine aux opinions d'experts, et quand on y pense, on voit que c'est vrai. Il y a des milliers d'exemples de cela.

On a également soulevé la question de la prestation des soins de santé mentale dans le cadre des soins primaires. Il est important d'être réaliste ici. Actuellement, j'offre mes services en tant qu'expert-conseil. La plupart des enfants que je rencontre me sont recommandés par des médecins qui dispensent des soins primaires.

Ça ne m'a pas pris beaucoup de temps pour découvrir que la principale raison pour laquelle les médecins qui dispensent des soins primaires me recommandent ces enfants, c'est qu'ils se rendent compte qu'ils ne régleront pas le cas en dix minutes.

Sir William Osler a dit une fois que, lorsque les médecins parlent de questions de principe, ils pensent invariablement à l'argent. Nous sommes aux prises avec un problème pratique en santé mentale. En effet, les gens sont rémunérés selon le nombre de patients qu'ils reçoivent en consultation. Tant et aussi longtemps que ce sera le cas, on n'offrira pas beaucoup de soins en santé mentale dans le cadre des soins primaires.

Le sénateur LeBreton : Le Dr Goldbloom m'a rappelé la question à laquelle je pensais lorsque la Dre Israël parlait. Des témoins nous ont déjà parlé de gens qui sont allés en psychiatrie ou en psychologie, de la durée de la formation requise, du temps qu'ils doivent consacrer à chaque patient, et même des stigmates auxquels on s'expose lorsque les gens disent : « Mon Dieu, vous allez en psychiatrie? » Y a-t-il eu une évolution dans le domaine, et peut-on régler ces problèmes?

En ce qui concerne votre argument, Docteure Israël, au sujet de l'apprentissage et de la formation des professionnels qui n'œuvrent pas en santé mentale, pourrait-on, d'une façon ou d'une autre, inclure ce groupe dans le portrait global pour qu'il facilite la vie des gens qui étudient en médecine et dans ces domaines spécialisés, de sorte qu'ils n'aient pas à être stigmatisés, même dans leur propre collectivité?

Le Dr Goldbloom : J'ai essayé de proposer une façon de le faire, et cela passe par la formation en thérapie familiale, qui touche autant de disciplines que vous le voulez. On peut former des profanes intelligents pour qu'ils deviennent d'excellents thérapeutes familiaux. C'est une question de formation et de certification, mais ça n'exige pas huit années d'études universitaires. Nous devons adopter la méthode rapide et primaire pour le faire à l'échelle nationale. Honnêtement, ce serait une des façons les plus rapides de régler la question de la santé mentale.

Dr. Israël: I have a comment about GPs and family physicians not having enough time. The concept of a team and using the shared care model, not with psychiatrists but with other mental health care professionals, having quick access to a counsellor, a psychologist or a social worker as part of their practice, would make it easier. All they have to do is pick up the problem. Why should the child wait six months to see a psychiatrist when maybe the problem requires an intervention at the level of the family?

The instinct to say “This is strange, I cannot handle it, I do not have time to deal with it, I will send him to a psychiatrist” is because there is nothing on hand to help them out.

I was not talking about content because I could talk for an entire day on all the different ways in which we could have people access care earlier. When we talk about early intervention or prevention, we are talking about before kids even get to the point that they need a psychiatrist. There are many strategies. The question is how do we pick the best ones and ensure we all benefit from them.

Senator Trenholme Counsell: I have to speak in defence of family doctors. I do think that family doctors need more training, particularly in children’s mental health issues. We get a fair amount of training in mental health generally, which is mainly adult mental health. That definitely needs to be increased in the curriculum.

I do not know what the percentage of cases is. Often, the family doctor sees the problem right from the earliest months. One of the crucial roles that a family doctor plays in this is taking the family by the hand — literally, physically and emotionally — and getting them to realize that there is a problem, guiding along the path of beginning the diagnosis of the problem and helping the family to accept that they have to go on and get help. That is very difficult. It is time consuming, but it is often the family doctor who does this, especially in the earliest years. Family doctors need more training, but I do not think it is quite as bad as a 10-minute visit. You can look at an ear in one minute, but you sometimes spend an hour with a kid.

Dr. Davidson: Six or so years ago, we did a quick and dirty study. We called the 16 family practice training programs across the country. We asked three questions — I said it was quick and dirty. The first question was: In your family practice program, do you have a mandatory rotation in child and youth mental health? None of the 16 programs had a mandatory rotation.

The second question: Do you have elective opportunities in child and youth mental health? Of the 16 programs, eight offered elective opportunities.

La Dre Israël : J’ai quelque chose à dire au sujet des omnipraticiens et des médecins de famille qui manquent de temps. Si on mettait en place une équipe et le modèle de soins partagés, en faisant appel non pas à des psychiatres, mais à d’autres professionnels en santé mentale, qui peuvent consulter rapidement un conseiller, un psychologue ou un travailleur social dans le cadre de leur pratique, ce serait plus facile. Tout ce qu’ils doivent faire, c’est comprendre le problème. Pourquoi un enfant devrait-il attendre six mois pour voir un psychiatre alors que le problème exige peut-être une intervention dans la famille?

Les médecins ont le réflexe de dire : « Ce cas est étrange; je ne peux pas m’en occuper, je n’ai pas le temps de m’en occuper, je vais l’envoyer voir un psychiatre » parce qu’ils n’ont pas d’aide dans l’immédiat.

Je n’ai pas parlé du contenu, parce que je pourrais parler pendant toute une journée des différentes façons d’accélérer l’accès aux soins. Lorsqu’on parle d’intervention ou de prévention précoce, on parle de la période qui précède celle où les enfants arrivent au point d’avoir besoin d’un psychiatre. Il existe de nombreuses stratégies. La question est de savoir comment nous allons choisir les meilleurs et nous assurer que nous en bénéficions tous.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je dois me porter à la défense des médecins de famille. Je crois que les médecins de famille ont besoin de davantage de formation, surtout en ce qui a trait à la santé mentale des enfants. En général, nous suivons une formation assez longue en santé mentale, formation qui porte surtout sur la santé mentale des adultes. Il faut sans contredit augmenter cette formation dans le programme d’études.

Je ne connais pas le pourcentage de cas. Souvent, le médecin de famille cerne le problème dès les premiers mois. L’un des rôles cruciaux que le médecin de famille joue dans tout cela, c’est prendre la famille par la main — littéralement, physiquement et émotionnellement — et l’amener à se rendre compte du fait qu’il y a un problème, la guider vers un début de diagnostic du problème et l’aider à accepter qu’elle doit prendre son courage à deux mains et obtenir de l’aide. C’est très difficile. Ça prend beaucoup de temps, mais c’est souvent le médecin de famille qui fait cela, surtout dans les premières années. Les médecins de famille ont besoin de plus de formation, mais je ne crois pas que ce problème est aussi grave que celui des consultations de dix minutes. On peut examiner une oreille en une minute, mais parfois, on passe une heure avec un enfant.

Le Dr Davidson : Il y a à peu près six ans, nous avons effectué une étude éclair. Nous avons téléphoné aux responsables des 16 programmes de formation en médecine familiale du pays. Nous leur avons posé trois questions — j’ai dit que c’était une étude éclair. La première question était la suivante : Dans votre programme de médecine familiale, prévoyez-vous une résidence obligatoire en santé mentale des enfants et des jeunes? Aucun des 16 programmes ne prévoyait une telle résidence.

Deuxième question : Offrez-vous des cours à option en santé mentale des enfants et des jeunes? Des 16 programmes, huit en offraient.

The third question was: In the previous two years, how many of your family practice residents have utilized the elective opportunity in child and youth mental health? In the entire country in the previous two years, one resident in family practice had done an elective rotation in child and youth mental health.

Dr. Lipman: I have the opportunity to follow many articulate speakers. Many of the things that I wanted to say have already been said. I will try to be brief.

A conclusion and overlying message from the issues that I will talk about is about evidence. We need to start looking at the evidence for what we do in dealing with children, youth and families with emotional, behavioural and mental health problems.

There are some intervention treatments and therapies. Sometimes the evaluations have been done in specialized settings so they are not applicable to the real world. We need to evaluate those interventions in the real world to see how they work. Where interventions are used that have not been evaluated, we need to start, because there are many in children's mental health that have not been evaluated. That is my bottom line.

Some of things I will say as background most of you know already, but I am just building my case. First, there are many kids with emotional/behavioural problems in the general population. We know it is about one in five children, so 20 per cent. Second, these children do not generally have one disorder or problem but, commonly, things co-occur. You cannot focus on one problem as the way to approach things. Third, many of these children do not actually get to a child welfare centre or to a children's mental health centre. That does not mean that all of them need to, but we know that only about one in six gets that specialized help. There are long waiting lists. Not that everyone needs to see a child psychiatrist, but we know the number of child psychiatrists compared to the population of children across Canada. Some work has been done by the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. The numbers are dismal in terms of the availability of that kind of service to kids.

Many kids, co-morbidity, so multiple problems; they do not get clinical service, or if they actually get service, not necessarily in a clinic but in other places, we do not know whether the interventions work. That is the key point. They may help; they may do nothing. They may actually make things worse. We do not know that about many of the things we do.

I try to be practical in my action plan. What do I think we need? What is the approach that we should take?

First, it needs to be a broad approach. We should not focus on one disorder or difficulty because of this issue of multiple problems occurring in one child, one youth and one family.

La troisième question était : au cours des deux dernières années, combien de vos résidents en médecine familiale ont suivi des cours à option en santé mentale des enfants et des jeunes? Dans l'ensemble du pays, au cours des deux dernières années, un seul résident en médecine familiale avait choisi de faire une résidence en santé mentale des enfants et des jeunes.

La Dre Lipman : J'ai la chance de parler après des orateurs bien documentés. Bon nombre des choses que je voulais dire ont déjà été dites. Je vais essayer d'être brève.

La conclusion et le message véhiculés par mes propos concernent les données. Nous devons commencer à examiner les données relatives à ce que nous faisons pour les enfants, les jeunes et les familles aux prises avec des problèmes de santé mentale, des problèmes affectifs et des problèmes de comportement.

Il existe certains traitements d'intervention. Parfois, les évaluations ont été effectuées dans des milieux spécialisés, et, par conséquent, elles ne s'appliquent pas au vrai monde. Nous devons évaluer ces interventions dans le vrai monde pour voir comment elles fonctionnent. Lorsqu'on utilise des interventions qui n'ont pas été évaluées, nous devons être des pionniers, parce qu'il y en a tellement, en santé mentale des enfants, qui n'ont pas été évaluées. C'est l'objet de mon propos.

La plupart d'entre vous sont déjà au courant de certaines des choses que je vais vous dire pour vous mettre en contexte. Je ne fais qu'étayer mon argument. Premièrement, il y a beaucoup d'enfants qui sont aux prises avec des problèmes affectifs ou des problèmes de comportement dans l'ensemble de la population. Nous savons que c'est le cas d'environ un enfant sur cinq, et donc, de 20 p. 100 d'entre eux. Deuxièmement, ces enfants ne souffrent pas généralement d'un seul trouble ou d'un seul problème. Souvent, ils souffrent de troubles concomitants. On ne peut pas se concentrer sur un seul problème pour remédier à la situation. Troisièmement, bon nombre de ces enfants ne vont ni dans une clinique pédiatrique, ni dans un centre de santé mentale pour enfants. Cela ne veut pas dire qu'ils devraient tous le faire, mais nous savons que seulement un enfant sur six, environ, obtient ce genre d'aide spécialisée. Les listes d'attente sont longues. Ce n'est pas que tous les enfants ont besoin de voir des pédopsychiatres; mais nous connaissons le ratio de pédopsychiatres par enfant au Canada. L'Académie canadienne de pédopsychiatrie a mené quelques études. Les chiffres sont désastreux.

Beaucoup d'enfants, comorbidité, et donc, problèmes multiples; ils n'obtiennent pas de services cliniques, et s'ils en obtiennent, ce n'est pas nécessairement dans une clinique, mais ailleurs. Nous ne savons pas si les interventions fonctionnent. C'est ça, le problème. Les interventions peuvent aider, mais elles peuvent aussi ne rien faire. En fait, elles peuvent même aggraver les choses. Nous n'avons pas d'information sur bien des choses que nous faisons.

J'essaie de présenter mon plan d'action de façon pratique. Selon moi, de quoi avons-nous besoin? Quelle approche devrions-nous adopter?

Premièrement, ça doit être une approche globale. Nous ne devrions pas nous concentrer sur un trouble ou une difficulté, parce que, comme nous l'avons dit, un enfant, un jeune et une

Second, we need to consider moving services into the community. People have been very articulate about that, whether that is a school or some other community setting. It does not mean there is not a need for some clinical services, but maybe the bulk of services should move out into the community.

That would allow you to use multiple types of personnel to deliver services and allow those services perhaps to be more seamless than they can be in these medical silos or education versus medicine silos.

In deciding what you want to work on, it makes sense to use a participatory approach, where you ask children, youth, families, teachers, medical doctors, front-line workers and others what they think is important. In that way, you arrive at agreed-upon needs. Some may be with regard to prevention and some may be with regard to treatment.

When you have decided on your needs, you must look at what we know about what helps. If there is evidence, you try to use it or adapt it. If you do not know whether what you are proposing to do helps, you have to add an evaluation to show whether it does.

Next is the need for education. That is very broad. I am not talking only about family doctors or teachers. I am talking about children and parents. It has to do with de-stigmatization and with understanding risk factors and prognoses of various problems. It has to do with why you choose or are evaluating a particular approach. There is a multi-faceted need for education.

The next point is with regard to research. We need a real push toward training evaluators or making research part of the culture of service delivery agencies. It is usually an add-on for an already stressed group of people. It is important that we have a shift in the culture toward evaluation in order to know what we are doing is right, in order to justify funding or whatever.

The last point is the same one that Dr. Israël made with regard to population health, that is, informing our practice through use of the data that are being collected across Canada on how children are doing and what risk factors are important in how they do in the long run.

Dr. Van Daalen: I believe that how we view things determines how we do things. I want to talk about a tree. Trees are not seen for their intrinsic value. They are often seen for the fruit they bear or their ability to provide shade. Children are also not viewed for their intrinsic value. They are seen as property or incomplete beings — although not at this table. They are seen as our future, and that is often linked to finances. I believe that they just are, and that they have intrinsic value.

famille est souvent aux prises avec plusieurs problèmes. Deuxièmement, nous devons envisager de déménager les services dans la collectivité. Les gens ont été très précis à ce sujet. Ils ont dit qu'on pouvait les déménager dans une école ou dans un autre milieu communautaire. Cela ne signifie pas qu'on n'a pas besoin de certains services cliniques. Cependant, on devrait déplacer dans la collectivité la majeure partie des services.

Cela vous permettrait de recourir à divers types d'employés pour offrir les services. De plus, ces services pourraient être plus uniformes qu'ils peuvent l'être dans le contexte des chasses gardées en médecine ou du cloisonnement de l'éducation et de la médecine.

Il est logique, lorsqu'on veut déterminer ce qu'on veut faire, de recourir à une approche participative, où on demande à des enfants, des jeunes, des familles, des enseignants, des médecins, des travailleurs de première ligne et d'autres personnes ce qui, selon eux, est important. De cette façon, on en arrive à connaître les besoins de chacun. Certains peuvent concerner la prévention, et d'autres, le traitement.

Lorsqu'on a déterminé ses besoins, on doit examiner ce qu'on sait au sujet des interventions fructueuses. S'il existe des données à ce sujet, on essaie de les utiliser ou de les adapter. Si on ne sait pas si ce qu'on propose de faire est utile, on doit ajouter une évaluation pour en déterminer l'utilité.

Ensuite, une sensibilisation s'impose. C'est très large. Je ne parle pas seulement des médecins et des enseignants. Je parle des enfants et des parents. Il s'agit d'éliminer les stigmates et de comprendre les facteurs de risque et les pronostics de divers problèmes. Ça concerne la raison pour laquelle on choisit ou on évalue une approche particulière. Les raisons qui sous-tendent la sensibilisation sont nombreuses.

Mon prochain point concerne la recherche. Nous devons donner un coup de collier pour fournir des évaluateurs ou faire en sorte que la recherche fasse partie de la culture des organismes de prestation de services. Habituellement, c'est une charge de travail supplémentaire pour un groupe de personnes à qui on en demande déjà beaucoup. Il importe que nous axions davantage la culture vers l'évaluation, pour que nous sachions que ce que nous faisons est correct, pour justifier le financement, ou autre chose.

Mon dernier point est la même que celui que la Dre Israël a fait valoir en ce qui a trait à la santé de la population, c'est-à-dire documenter notre pratique au moyen de données que l'on recueille d'un bout à l'autre du Canada sur les résultats des enfants et sur l'importance des facteurs de risque pour leurs résultats à long terme.

La Dre Van Daalen : Selon moi, nos actions sont dictées par la façon dont nous voyons les choses. Je veux parler d'un arbre. On n'estime pas les arbres pour leur valeur intrinsèque. On les considère souvent pour le fruit qu'ils portent ou leur capacité de faire de l'ombre. Les enfants, eux aussi, ne sont pas reconnus pour leur valeur intrinsèque. On les voit comme des biens ou des êtres incomplets — même si ce n'est pas le cas ici. On voit en eux notre avenir, et cela est souvent lié aux finances. Je crois qu'ils le sont tout simplement, et qu'ils ont une valeur intrinsèque.

I want to tell you about a boy named Mark whom I know through my practice in a pediatric mental health institution. Mark was 11 when he came into an institution that I thought was rooted in providing safety. Mark had stopped eating, walking, talking, toileting himself, and was wearing sunglasses. In my estimation as a public health nurse for over a decade, he had gone "in," and that was his safe place.

Within a day, he was sent to an adult facility for electric shock treatment. That was a year and a half ago. I was reprimanded for speaking about this, for questioning this practice, for wondering what was going on.

I also know that you all agree that there could be children and youth at this table who have interfaced with the system. In preparation for this, I met with 25 adults who had been child users of the psychiatric system. Some of what I say may be quite controversial, but I promised them that I would bring their voices here today.

My comments also come from my 12 years of bearing witness to the lives and spirits of children and youth as a school community-based public health nurse. It worked well. Our community was the school. The school allowed us to come in. We worked with addiction workers who were youth centred. We worked with HIV teams that were child and youth centred. Parents came in. The elders of the families came in. The police came in. It was beautiful.

The only reason I left public health to go to York University is, as was said, public health nurses and other practitioners were yanked from high schools. They were pulled completely away from schools, away from living rooms, away from the curbsides where the children were.

We cannot talk about children's mental health without some core considerations, some of which I have already heard embraced. The first is that we are almost at the 20-year mark of the Ottawa Charter for Health Promotion. I think that health is about peace, finances, social justice, hope, purpose, agency, and the ability to authentically self-define. When those are impinged upon, we sometimes have children's mental health concerns.

It is a breach of rights. I believe that everyone's rights are interrelated with the rights of others. I do not suggest that children's rights are separate, but in my experience and practice the breach of rights has been at the core of many spirit injuries, what some people are calling obsessive-compulsive disorders,

Je veux vous parler d'un garçon du nom de Mark que j'ai connu pour avoir travaillé avec lui dans un établissement de santé mentale pédiatrique. Mark avait 11 ans lorsqu'il est arrivé dans un établissement qui, je le croyais, ne jurait que par la sécurité. Mark avait cessé de manger, de marcher, de parler, de se laver, et il portait des lunettes de soleil. Infirmière en santé publique depuis plus de dix ans à cette époque, j'estimais qu'il avait trouvé sa place, en lui-même, et que c'était là où il se sentait le plus en sécurité.

Un jour, on a décidé de l'envoyer dans un établissement pour adultes pour y subir un traitement aux électrochocs. Ça se passait il y a un an et demi. On m'a réprimandée pour en avoir parlé, pour avoir contesté cette pratique, pour m'être interrogée sur ce qui se passait.

Je sais aussi que vous êtes tous d'accord pour dire qu'il pourrait y avoir avec nous, ici, des enfants et des jeunes qui ont eu des liens avec le système. En prévision de cela, j'ai rencontré 25 adultes qui, enfants, ont dû recourir au système psychiatrique. Certains de mes propos pourraient être assez controversés, mais je leur ai promis que je ferais entendre leurs voix ici aujourd'hui.

De plus, mes commentaires se fondent sur les 12 années pendant lesquelles j'ai observé la vie et l'humeur des enfants et des jeunes en tant qu'infirmière en santé publique communautaire travaillant dans une école. Ça a bien fonctionné. Notre communauté, c'était l'école. L'école nous a permis de nous intégrer. Nous avons travaillé avec des intervenants en toxicomanie qui s'occupaient surtout des jeunes. Nous avons travaillé avec des équipes de lutte contre le VIH qui mettaient l'accent sur les enfants et les jeunes. Des parents se sont joints à nous. Les aînés des familles se sont joints à nous. La police s'est jointe à nous. C'était merveilleux.

La seule raison pour laquelle j'ai quitté la santé publique pour aller à l'Université York, c'est que, comme on l'a déjà dit, les infirmières en santé publique et d'autres praticiens ont été évincés des écoles secondaires. On les a sortis complètement des écoles, loin des salles de séjour, loin des trottoirs où se tenaient les enfants.

Nous ne saurions parler de la santé mentale des enfants sans nous pencher sur des considérations de base, dont certaines ont déjà été mentionnées. La première, c'est que la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé existe depuis près de 20 ans. Je crois que la santé, c'est une question de paix, de finances, de justice sociale, d'espoir, d'objectif, d'habilitation et de capacité de s'autodéfinir de façon authentique. Lorsqu'on brime ces éléments, on se retrouve parfois avec des problèmes sur le plan de la santé mentale des enfants.

Les droits sont violés. Je crois que les droits de chacun et les droits des autres sont interreliés. Je ne veux pas dire que les droits des enfants sont distincts, mais, d'après mon expérience et ma pratique, la violation des droits est à l'origine de bien des blessures de l'esprit, ce que certaines personnes appellent

which I consider pathological language, but I invite us to consider thinking about these as spirit injuries.

Children and youth have rights. We have ratified this convention and it behoves us all to ensure its enactment. I was excited to be coming here because I think this is the way we can ensure that we enact that convention.

Children's rights must be protected at any interface with services that are designed to support them. The focus of any care must, first and foremost, be rooted in the embracing of these rights. Children have voice and children have choice, and that is not linked to their age.

Children and youth are the experts. They are the ones living the life. In some institutions that I have partnered with, consulted for or learned from, the child is shrouded in family-centred care. The Canadian Paediatric Society, for example, wants to move children more to the centre of family-centred care so that the adults around the children do not make the decisions for them.

We cannot talk about children's mental health without talking about sexual abuse. We know the statistics. My schooling did not prepare me for what I concluded as a public health nurse. I spent most of my time with a dustpan cleaning up after sexually abused kids. Not a month went by that I was not disclosed to. Any of us will be trusted when we are in a partnership model with kids. We cannot talk about children's mental health without addressing how children are sexualized.

Although this is controversial, the pharmaceutical industry's mentality of "a pill for every ill" is a problem. Parents are often so stretched that they want the quick fix and pressure family doctors into that. Nurses are often the ones who distribute the meds and, as a nurse, I refuse to be complicit in that mentality.

We cannot talk about children's mental health without talking about poverty, racism, homophobia, able-ism, size-ism, particularly marginalized children, and also the effects of environmental toxins on children's health. Why is there so much autism and so much ADHD? What are we putting in food?

As a children's mental health nurse and now a so-called special advisor, I am more of a sponge on the Coalition for the Rights of Children, but I am very concerned about the drugging of Canada's young people.

Senator Kirby, I probably lost about two years' worth of sleep of worry over that. In fact, that fuelled me into my Ph.D. You may remember the time of the huge measles outbreak in Ontario.

« troubles obsessionnels-compulsifs », ce qui, selon moi, constitue une langue
« pathologisante », mais je vous invite à y réfléchir en tant que blessures de l'esprit.

Les enfants et les jeunes ont des droits. Nous avons ratifié cette convention, et il nous appartient tous d'en assurer l'application. J'étais excitée à l'idée de venir ici parce que, selon moi, c'est de cette façon-là que nous pouvons en assurer l'application.

Nous devons protéger les droits des enfants dès qu'ils obtiennent des services conçus pour les aider. Il est primordial que tout soin respecte ces droits. Les enfants ont le droit de s'exprimer et ils ont le choix, et cela n'est pas lié à leur âge.

Les enfants et les jeunes sont les experts. C'est eux qui ont vécu ces expériences. Dans certains établissements avec lesquels j'ai collaboré, que j'ai consultés et qui m'ont appris des leçons, l'enfant est « enveloppé » dans des soins axés sur la famille. La Société canadienne de pédiatrie, par exemple, veut envoyer davantage les enfants dans un centre de soins axés sur la famille, de sorte que les adultes qui les entourent ne prennent pas leurs décisions à leur place.

Nous ne saurions parler de la santé mentale des enfants sans parler des agressions sexuelles. Nous connaissons les statistiques. Mes études ne m'ont pas préparée à ce que j'ai constaté en tant qu'infirmière en santé publique. J'ai passé la majeure partie de mon temps à ramasser à la petite cuillère les enfants agressés sexuellement. Il ne s'est pas passé un mois sans qu'on m'annonce une agression sexuelle. On nous fait tous confiance lorsqu'on fait partie d'un modèle de partenariat avec des enfants. On ne veut pas parler de la santé mentale des enfants sans parler de la sexualisation des enfants.

Même si cela peut porter à controverse, la mentalité de l'industrie pharmaceutique, selon laquelle une pilule guérit tous les maux, constitue un problème. Les parents sont souvent si surmenés qu'ils cherchent une solution rapide et incitent les médecins de famille à leur en donner une. Ce sont souvent les infirmières qui distribuent les médicaments. En tant qu'infirmière, je refuse de souscrire à cette mentalité.

On ne peut pas parler de la santé mentale des enfants sans parler de la pauvreté, du racisme, de l'homophobie, de la discrimination fondée sur la capacité, de la discrimination fondée sur la taille, des enfants très marginalisés, et aussi des effets des toxines qui se trouvent dans l'environnement sur la santé des enfants. Pourquoi y a-t-il autant d'enfants autistes et d'enfants atteints du THADA? Que mettons-nous dans la nourriture?

En tant qu'infirmière en santé mentale des enfants dite maintenant « conseillère spéciale », je suis passablement d'accord avec la Coalition sur les droits de l'enfant, mais je suis aussi très préoccupée par le fait qu'on drogue les jeunes du Canada.

Sénateur Kirby, j'ai probablement perdu environ deux années de sommeil à me ronger les sangs à ce sujet. En fait, c'est ce qui m'a poussée à faire mon doctorat. Vous vous rappelez peut-être

All the public health nurses got pulled off our work with children and youth and new moms to do these measles inoculations. I decided to make it useful. I spoke to approximately 700 kids and added an additional question about medicines. The race and class was irrelevant, and about 80 per cent of the girls and young women I spoke with were either on an anti-depressant or had been offered it. The ones deemed troubled boys had almost all been medicated in some way. We know as practitioners you cannot bear witness on people's lives without them taking action on that.

Some of the recommendations I am suggesting might be controversial, considering I am sitting with some folks that may not ascribe to this.

When I spoke to the 25 adults that had interfaced with the system when they were children, they asked me to put forth a recommendation for policy that restraints not be used when children are institutionalized and that electric shock treatment should be unthinkable. They said to me that the last thing we should do is institutionalize children, that we should be working in the communities. They said that compulsory medicating or meds as the default should be questioned or have parentheses and that strict public policy on meds should be put in place. There are so many drugs for children and youth that have never been tested properly, and we do not know the effect. Sometimes, they have been very helpful in pulling kids out of very deep slumps, but we have to question that. The adults I spoke to also said that isolation therapy — that is what it is called — is violent and that they felt they got worse in that. They felt that when they were the hardest to love was when they needed to be loved the most.

It was extremely passionate last Sunday. I was in tears with these people, thinking how I could possibly bring their voices to you today.

Upon interface with the system, if that ends up having to be the case, they ask for an automatic investigation that is child-friendly and non-confrontational for sexual abuse. They felt that all their peers and all their work with other psychiatric consumers, that one of the poor connectors was they had experienced some form of sexual abuse.

We need more children's advocates embedded in the CCRC, the Convention on the Rights of the Child, with a strong code of ethics. I am not talking about advocates like Judy's. I am talking about ones in institutions, and that they are able and not constrained by the institution through which they are coming to visit kids, so that they are more constrained perhaps by their own code of ethics.

l'énorme épidémie de rougeole qui a fait rage en Ontario. Toutes les infirmières en santé publique ont dû laisser de côté ce qu'elles faisaient avec les enfants et les jeunes et les nouvelles mères pour donner des vaccins contre la rougeole. J'ai décidé de me rendre utile. J'ai parlé à quelque 700 enfants, et je leur ai posé une autre question sur les médicaments. Je n'ai pas tenu compte de la race ni de la classe sociale. Environ 80 p. 100 des filles et des jeunes femmes à qui j'ai parlé prenaient des antidépresseurs ou s'en étaient fait offrir. Les garçons qu'on jugeait « dérangés » avaient presque tous pris des médicaments, d'une façon ou d'une autre. Nous savons, en tant que praticiens, qu'on ne peut voir les gens se faire du mal et ne rien faire pour s'en sortir.

Certaines des recommandations que je propose pourraient prêter à la controverse, étant donné que je suis entourée de certaines personnes qui pourraient ne pas y souscrire.

Lorsque j'ai parlé aux 25 adultes qui avaient recouru au système lorsqu'ils étaient enfants, ils m'ont demandé de recommander l'établissement d'une politique selon laquelle on ne pourrait pas recourir à la convention lorsque les enfants sont institutionnalisés, et selon laquelle on ne devrait jamais envisager de faire un traitement aux électrochocs. Ils m'ont dit que la dernière chose que nous devrions faire, c'est institutionnaliser les enfants, et que nous devrions travailler dans les collectivités. Ils ont dit qu'on devrait remettre en question l'obligation de donner des médicaments en tant que pratique implicite, ou qu'on devrait permettre des dérogations, et qu'on devrait mettre en place une politique publique stricte sur les médicaments. Il existe tellement de médicaments pour les enfants et les jeunes qui n'ont jamais fait l'objet de tests appropriés, et nous n'en connaissons pas les effets. Parfois, ils ont vraiment aidé à sortir les enfants de l'enfer où ils se trouvaient, mais nous devons remettre cette pratique en question. De plus, les adultes à qui j'ai parlé ont indiqué que la thérapie par l'isolement — c'est comme ça qu'on l'appelle — est violente et qu'ils sentaient que, dans ces conditions, leur état s'aggravait. Ils avaient eu l'impression que, lorsqu'ils étaient le plus difficiles à aimer, c'est lorsqu'ils avaient le plus besoin d'être aimés.

Ça a été extrêmement passionné dimanche dernier. J'étais en larmes avec ces gens, réfléchissant à la façon dont je pourrais faire valoir leurs intérêts aujourd'hui.

Lorsque l'enfant sort du système, si ça finit par être le cas, ils demandent une enquête automatique dans laquelle on respecte l'enfant et on ne le confronte pas, afin de déterminer s'il a été victime d'une agression sexuelle. On a l'impression que dans toutes les interactions avec les pairs et les travaux avec d'autres consommateurs de services psychiatriques, là où le bât blesse, c'est que les enfants ont été victimes d'une forme quelconque d'agression sexuelle.

Nous devons disposer de davantage de défenseurs des enfants prévus dans la CCDE, la Convention relative aux droits de l'enfant, et les assortir d'un code de déontologie solide. Je ne parle pas de défenseurs comme ceux de Judy. Je parle de ceux qui se trouvent dans les institutions; ils ne sont pas limités par l'institution dans laquelle ils vont pour rendre visite aux enfants. Par conséquent, ils sont plus limités, peut-être, par leur propre code de déontologie.

When a mental health program is mandated here in Canada, there must be a rights-based framework. We have said that. I think all practitioners who are going to work with children and youth must be trained in child rights. There are very few nursing programs where child health is a core course. Mine is a fringe course, and it is even more fringe because it is child-rights based and looks at issues of social hierarchy.

The next thing I wish to mention respects a broad social marketing campaign about children's rights. I think about the Netherlands, being a Dutch woman and just having returned from meeting with them, that the people involved in children's rights there said that every child born in Holland knew that they had rights and that their rights did not infringe on someone else's rights. It is a right of being, and they understand that in Holland.

In terms of schools, when we are going to put people around schools, it is middle schools. If we have to choose, it is middle school time where the pressure to fit in to an impossible mode erodes children's mental health. We must ensure that violent exclusion done by children to other children is being addressed well by empathy and bullying programs. They are just so vulnerable and have so much capacity at that age.

I was trained in a medical model in nursing and emerged into a more body-mind-spirit model. So many of us spend so much time at the end of a fast-flowing stream where there is a ton of people drowning at the bottom. We spend time trying to pull them out and figuring out how to keep them from drowning as opposed to moving upstream to figure out what is pushing them in to start with.

Mental health is about social inclusion. The degree that inclusion is afforded must never be rooted in age.

The Chairman: Thank you for going through the trouble of talking to 25 people. Dr. Van Daalen raised an issue that we have heard other witnesses over the last years comment on. The anecdotal evidence is overwhelming on the overmedication of children, particularly children that are disruptive. We have had teachers come before us with the following observation: "If I have a class of 35 and one child is reasonably disruptive, in order to be able to deal with the other 34, I have to get that child on some form of medication." It does not solve the child's problem. It solves the teacher's problem.

Is there any research on this? Is there any statistical evidence on this? We will use the anecdotal evidence, if that is all we have, but I would love to know if there is more than that.

Lorsqu'on met en œuvre un programme de santé mentale ici, au Canada, il doit y avoir un cadre fondé sur les droits. Nous l'avons déjà dit. Je crois que tous les praticiens qui seront appelés à travailler avec des enfants et des jeunes devraient suivre une formation liée aux droits de l'enfant. Très peu de programmes en sciences infirmières comprennent un cours de base sur la santé de l'enfant. Le cours que j'ai suivi était un cours complémentaire, et il est encore plus complémentaire parce qu'il porte sur les droits de l'enfant et se penche sur des enjeux liés à la hiérarchie sociale.

L'autre chose que j'aimerais mentionner a trait à une vaste campagne de marketing social sur les droits de l'enfant. Je pense aux Pays-Bas, car je suis néerlandaise et je viens tout juste de revenir d'une réunion avec des gens de ce pays. Des gens qui s'occupent de la protection des droits de l'enfant dans ce pays ont dit que chaque enfant né en Hollande sait qu'il a des droits et que ces droits n'empiètent pas sur les droits d'autrui. C'est un droit d'« être », et on comprend cela en Hollande.

En ce qui concerne les écoles, lorsque nous allons assigner des gens dans les écoles, on le fait dans des écoles intermédiaires. Si nous avons à faire un choix, nous dirions que c'est la période que les enfants passent à l'école intermédiaire, où on se sent obligé de s'adapter à un mode impossible, qui mine leur santé mentale. Nous devons nous assurer d'éliminer l'exclusion violente d'enfants par d'autres enfants au moyen de programmes d'incitation à l'empathie et de lutte contre l'intimidation. À cet âge-là, ils sont si vulnérables et ont tellement de capacité!

J'ai été formée selon un modèle médical en sciences infirmières, et j'ai fini par adapter davantage un modèle axé sur le corps, l'âme et l'esprit. Un si grand nombre d'entre nous passent beaucoup de temps à la fin d'un cours d'eau à grand débit où des tonnes de personnes coulent au fond. Nous passons du temps à essayer de les sortir de l'eau et de comprendre comment les empêcher de couler plutôt que de remonter le courant pour déterminer ce qui les a poussées à y plonger.

La santé mentale, c'est une question d'inclusion sociale. Le degré de l'inclusion ne doit jamais être fondé sur l'âge.

Le président : Merci de vous être donné la peine de parler à 25 personnes. La Dre Van Daalen a soulevé une question dont d'autres témoins ont parlé au cours des dernières années. Nous sommes submergés de données empiriques concernant la surmédication des enfants, surtout les enfants perturbateurs. Des enseignants sont venus nous voir et ont formulé l'observation suivante : « Si j'avais une classe de 35 enfants et qu'un enfant était un peu perturbateur, pour pouvoir m'occuper des 34 autres, je devrais faire en sorte que l'enfant prenne des médicaments. » Mais ça, ça ne règle pas le problème de l'enfant. Ça règle le problème de l'enseignant.

A-t-on effectué des recherches à ce sujet? Y a-t-il des données statistiques sur la question? Nous utiliserons les données empiriques, si c'est tout ce que nous avons, mais j'adorerais savoir s'il y a plus que cela.

Dr. Goldbloom: We can probably get some statistical evidence right here. Would it be fair to ask for a show of hands as to how many people in this room are taking a medication of any kind? It is the overwhelming majority. I have tried that in various audiences.

I agree on the basis of impressionism that probably too many people, including young people, are getting medication. On the other hand, I also have to remind myself that a British physician once said that a normal person is an individual who has not been adequately investigated. There is a lot of truth in that. The statement was originally made facetiously, but it turns out to be biologically correct because each one of us sitting in this room has approximately eight genetic abnormalities, some of which are quite deleterious. They may cause us to die young or develop diabetes, or anything you care to name.

We are very selective about where we accept medication. A diabetic needs insulin; that is fine. Nobody will argue that. It is not a sign of weakness or of society going to rot or anything of that sort. There is a lot of talk about children with ADHD being overmedicated. People who feel there is too much really need to document that. There are a lot of children being medicated, but you cannot bring back the past.

When I went to school, to a very British-type school, I had the bejesus beaten out of me if I stepped that much out of line. I was caned repeatedly. I have to tell you I was caned very often, and I had black and blue marks to show it. That does not exist anymore. We also had 10 or 12 kids in the class; now there are 30. The circumstances have changed.

If you take a child who is unable to succeed educationally or socially and you can turn him around 180 degrees, you will not be able to stop the parents from insisting on having that child medicated. I feel guilty every time I prescribe Ritalin for a child. On the other hand, I have seen the literal miracles it can do for some children. It is important, before we push the panic button, that we really document how many children are being, in fact, excessively medicated.

I tell every parent I see that a child will learn nothing from a pill. However, on the other hand, the education system is just factually not set up in a way to deal with these children behaviourally as some of them probably could be dealt with — a proportion, not all by any means. Some of them would certainly just be out of school if it were not for their medication. We need evidence and we do not have the evidence.

Dr. Lipman: I do not know of any evidence, either. I do not think the question is whether medication is bad or good. The question really is medication where you have done a thorough assessment of whether a child can do what you expect them to do at their age and stage of development in school with friends and the family, understood in the context in which they live, their

Le Dr Goldbloom : Nous pouvons probablement obtenir des données statistiques immédiatement. Pourrions-nous demander aux gens ici présents de lever la main s'ils prennent des médicaments, quels qu'ils soient. C'est la vaste majorité. J'ai essayé cela dans divers groupes.

Ce n'est qu'une impression, mais je pense qu'il y a probablement trop de gens, notamment des jeunes, qui prennent des médicaments. Par ailleurs, je ne dois pas oublier qu'un médecin britannique a dit, une fois, qu'une personne normale est une personne qui n'a pas fait l'objet d'examen adéquats. Il y a beaucoup de vérité dans cela. Cette déclaration a été lancée à la blague, mais elle se révèle exacte sur le plan biologique, parce que chacun d'entre nous ici présente à environ huit anomalies génétiques, dont certaines sont assez délétères. Elles peuvent nous faire mourir jeunes, ou faire de nous des diabétiques, ou ce que vous voulez.

Nous sommes très sélectifs quant aux situations où nous acceptons la médication. Un diabétique a besoin d'insuline; c'est correct. Personne ne trouve à y redire. Ce n'est pas un signe de faiblesse ni du fait que la société est en train de pourrir ou de quoi que ce soit du genre. On parle beaucoup des enfants atteints du THADA qui sont surmédicamentés. Les gens qui estiment qu'il y en a trop devraient vraiment se documenter. Beaucoup d'enfants prennent les médicaments, mais on ne peut pas ramener le passé.

Lorsque j'allais à l'école, dans une école très britannique, je recevais de sacrées raclées si je m'écartais un tant soit peu de la ligne de conduite. On me battait souvent. Je dois vous dire qu'on me battait très souvent, et j'avais beaucoup de bleus pour le prouver. Cette époque est révolue. De plus, dans ma classe, nous étions dix ou douze. Aujourd'hui, ils sont 30. La situation a changé.

Si vous prenez un enfant qui est incapable de réussir dans ses études ou dans la société, et que vous pouvez le transformer complètement, vous ne pourrez pas empêcher les parents d'insister pour qu'ils prennent des médicaments. Je me sens coupable chaque fois que je prescris du Ritalin à un enfant. Par ailleurs, j'ai vu littéralement les miracles que ça peut faire pour certains enfants. Il est important, avant d'appuyer sur le bouton de panique, que nous sachions vraiment combien d'enfants sont, en fait, surmédicamentés.

Je dis à chaque parent que je vois qu'un enfant n'apprendra rien d'une pilule. Cependant, par ailleurs, le système d'éducation n'est simplement pas conçu de façon à traiter avec ces enfants, qui ont des problèmes de comportement, comme on pourrait probablement traiter certains d'entre eux — une partie d'entre eux, mais pas tous, quoi qu'il en soit. N'eût été de leurs médicaments, certains d'entre eux auraient certainement abandonné l'école. Nous avons besoin de preuves, et nous n'en avons pas.

La Dre Lipman : Je n'en connais pas moi non plus. Je ne crois pas que la question soit de déterminer si les médicaments sont bons ou mauvais. La question, en fait, concerne la médication, lorsqu'on a effectué l'évaluation approfondie de ce que l'enfant peut faire, s'il peut faire ce qu'on attend de lui à son âge et au stade de développement où il se trouve à l'école, avec ses amis et

family, their community. If you have done that properly and it looks like medication makes sense, then it should be monitored carefully and started slowly. Inappropriate medication versus appropriate medication is really the question.

Senator Cook: When you visit my province, you will find some statistics on OxyContin and Ritalin. There are a couple of studies being done. This issue has been in the news a lot lately.

The Chairman: Yes, it has, and there has been a CBC program on that issue.

Dr. Davidson: I endorse what Dr. Lipman was saying. That was the same comment I wanted to make. We have to ask the right question.

One of the things that is absolutely fundamental to me is that medication when used is always adjunctive to other interventions. It is not the sole treatment.

Senator Trenholme Counsell: I just want to say that I would hope that in nearly all cases, after reasonable study and counselling and looking into the whole situation of the child, it is a trial of medication, whether it is one month or three months or six months. That is very valuable in certain cases. Most medications have great benefits for certain people in the population. They would not be out there if they did not. These medications do, too. It is not always possible to change the home environment, and it is not possible to change the genetics or what food is being eaten necessarily, but a trial of medication may be valid.

Dr. Israël: A recent study in Quebec looked at group homes. I could probably get the data. I believe 99 percent of the kids were on medications, and more than one. Perhaps I can forward that to you.

We opened an ADHD clinic recently, which is there for quick evaluation. Sometimes the GPs just do not know and will medicate before even making an appropriate diagnosis. It is a research-based clinic. In one strategy, the parents agree to a placebo trial. It is randomized. For the first two weeks, a child can be on a placebo and the next two weeks on Ritalin. The parents can decide — if there is no change, it is a way of testing whether it is subjective or there is really something happening. We are combining that with some research on pharmacogenomics, which means looking at the genes, because the dopamine receptor is implicated and that is where Ritalin works. Are there people with certain forms of the gene that respond to the hyperactivity or the inattention? Eventually, this research could help us identify children who could benefit from Ritalin.

sa famille, compte tenu du milieu où il vit, de sa famille, de sa collectivité. Si on a effectué cette évaluation comme il se doit et qu'il semble que la médication est tout indiquée, il faut la surveiller de près et la commencer lentement. La question, c'est vraiment de savoir si la médication est appropriée ou non.

Le sénateur Cook : Si vous venez dans ma province, vous trouverez des statistiques sur OxyContin et Ritalin. Un certain nombre d'études ont été effectuées. Dernièrement, c'était une question d'actualité.

Le président : Oui, ça l'a été, et la SRC a diffusé une émission sur ce sujet.

Le Dr Davidson : J'approuve ce qu'a dit la Dre Lipman. C'est la même chose que je voulais dire. Nous devons poser la bonne question.

Une des choses qui sont absolument fondamentales pour moi, c'est que la médication, lorsqu'elle est administrée, l'est toujours en complément d'autres interventions. Ce n'est pas le seul traitement.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je veux juste dire que j'espère que, dans presque tous les cas, lorsqu'on a effectué une étude raisonnable, qu'on a fait du counselling et qu'on a regardé la situation globale de l'enfant, on administre le médicament pendant une période d'essai, que ce soit pendant un mois, ou trois, ou six. C'est très utile dans certains cas. La plupart des médicaments apportent beaucoup d'avantages à certaines personnes de la population. On ne les vendrait pas s'ils n'en avaient pas. C'est aussi le cas de ces médicaments. On ne peut pas toujours changer le milieu familial, et il est impossible de changer la génétique et l'alimentation, mais une période d'essai peut être utile.

La Dre Israël : Une étude récente menée au Québec portait sur les foyers de groupe. Je pourrais sûrement obtenir les données. Je crois que 99 p. 100 des enfants prenaient des médicaments, peut-être même plus que ça. Je pourrais peut-être vous les envoyer.

On a récemment ouvert une clinique pour les enfants atteints du THADA, où on peut procéder à une évaluation rapide. Quelquefois, les omnipraticiens ne savent pas quel diagnostic poser, mais prescrivent tout de même des médicaments. C'est une clinique fondée sur la recherche. Pendant une des recherches, les parents ont accepté qu'on mène un essai aléatoire comprenant l'administration de placebos. Pendant les deux premières semaines, on peut donner un placebo à un enfant et, pendant les deux semaines suivantes, du Ritalin. Les parents peuvent décider — s'il n'y a aucun changement, on peut savoir si le comportement est subjectif ou s'il se passe vraiment quelque chose. On effectue d'autres recherches sur la pharmacogénomique, c'est-à-dire sur les gènes, parce que le récepteur de la dopamine est touché et que c'est sur lui qu'agit le Ritalin. Y a-t-il des gens qui ont certaines formes du gène qui réagissent à l'hyperactivité ou à l'inattention? Cette recherche pourrait nous aider à savoir quels enfants pourraient profiter du Ritalin.

I am not making a pitch for my clinic; I am trying to give an idea of how research can benefit and how you can use strategy.

Dr. Roberts: Having heard all of you, most of what I was going to say has been said. I am a clinician primarily, but I also do research and work at the university. However, I am primarily a clinician. I look after an in-patient unit for adolescents, 13 to 18. I have done that in Ottawa, in Toronto and now in Kingston.

The in-patient units are much maligned. I, in 25 years of child and adolescent psychiatry, have never given ECT to anyone or heard of it being given to anyone. I needed to make that point — it is very important. As well, I think restraints went out a long time ago. People are not physically restrained. You are not allowed to tie people down.

There is a lot of research. Ritalin has got to be the most maligned medication. If you search the Internet for “Ritalin,” you will find web pages that have been set up by parents, users, abusers, grandparents et cetera.

I am going to tell you the story of Doug. Doug is 14 year old boy who was brought in by the police because he had stolen a paddle boat on a lake because he had a first girlfriend and wanted to show off. He took the paddle boat and they drove around. He had a record, however, so he was hauled in by the police, taken to 30-day detention for having stolen and having had a record. He was then mandated to go the in-patient unit for a full assessment. When you ask for a full psychiatric assessment, the community cannot do it. Therefore, the only place where all the required professionals are present is in the hospital, on the in-patient unit, where you have a psychologist, an occupational therapist, a recreational therapist, et cetera. It costs \$3,000 a night.

Doug came in. We assessed him within the first week, and it was quite apparent even from clinical assessment and from the history provided by his mother that he had a fairly severe attention deficit disorder. As well, most of these kids also have learning disabilities, which makes school an all-round negative experience from the day they enter to the day they drop out.

He and I had a chat. I told him that he did not have any attention, that he needed attention to learn social skills, that to manipulate words he needed social skills. To learn those social skills, he needed to be paying attention. He needed to be watching, he needed to be listening, and he needed to be able to remember what he learned. I told him that he could do the following: Have a trial of one week on, one week off Ritalin, and then he could tell me if it worked for him.

Of course, he said it worked for him at the end of three weeks and that he was not going to come off of it and that was not doing drugs at the time. That boy is back in school. His reading abilities

Je ne fais pas de publicité pour ma clinique; j'essaie seulement de donner une idée des avantages pour la recherche et de la façon dont vous pouvez utiliser la stratégie.

La Dre Roberts : Comme je parle en dernier, presque tout ce que j'allais dire a déjà été dit. Je suis tout d'abord une clinicienne, mais je fais également de la recherche à l'université, où je travaille. Par contre, je suis surtout une clinicienne. Je m'occupe d'une unité d'hospitalisation pour adolescents âgés de 13 à 18 ans. J'ai fait ce travail à Ottawa et à Toronto et je suis maintenant à Kingston.

Les unités d'hospitalisation sont assez critiquées. En 25 ans de psychiatrie auprès d'enfants et d'adolescents, je n'ai jamais donné d'électrochocs et je n'ai jamais entendu dire qu'une personne en avait donné. Je devais souligner ce point — c'est très important. Je crois aussi que les moyens de contention ne sont plus utilisés depuis un bon moment. Les gens ne sont plus immobilisés. On n'a pas le droit de les attacher.

Il y a beaucoup de recherches. Le Ritalin est sûrement le médicament le plus critiqué. Si vous cherchez le mot « Ritalin » sur Internet, vous trouverez des pages Web écrites entre autres par des parents, des consommateurs, des grands-parents et des personnes qui abusent du médicament.

Je veux vous raconter l'histoire de Doug. Doug est un garçon de 14 ans que la police a arrêté parce qu'il avait volé une embarcation à rames sur un lac pour impressionner sa première blonde. Il a volé l'embarcation, et ils se sont promenés. Mais il avait un casier judiciaire. La police l'a donc embarqué et l'a fait mettre en détention pendant 30 jours pour avoir volé un bien et parce qu'il avait un casier judiciaire. Il a dû se rendre à l'unité d'hospitalisation pour une évaluation complète. Quand vous demandez une évaluation psychiatrique complète, la collectivité ne peut pas la faire. Par conséquent, l'unité d'hospitalisation est le seul endroit où on trouve tous les professionnels requis, comme un psychologue, un ergothérapeute, un ludothérapeute, et cetera. Ça coûte 3 000 \$ par nuit.

Doug est arrivé. On l'a évalué au cours de la première semaine, et il était évident, même d'après l'évaluation clinique et les renseignements fournis par sa mère, qu'il souffrait d'un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention assez grave. La plupart de ces enfants ont aussi des difficultés d'apprentissage, ce qui fait que l'école est une expérience négative, de la première année jusqu'au jour où ils décrochent.

J'ai parlé avec lui. Je lui ai dit qu'il n'avait aucune attention, qu'il en avait besoin pour acquérir des compétences sociales et que, pour pouvoir jouer avec les mots, il avait besoin de ces compétences. Pour acquérir ces compétences sociales, il avait besoin d'être attentif. Il devait également observer, écouter et être capable de se rappeler ce qu'il avait appris. Je lui ai dit qu'il pouvait prendre du Ritalin pendant une semaine et arrêter pendant l'autre semaine et ensuite me dire si ça avait fonctionné pour lui.

Bien sûr, il a dit que le médicament fonctionnait pour lui après trois semaines, qu'il n'arrêterait pas d'en prendre et qu'il ne prenait pas de drogues en même temps. Ce garçon est retourné à

and all that is being looked after. It is a very convenient and easy treatment, but it also has to be done judiciously. That is in defence of attention deficit disorder.

I also want to point out that externalizing disorders, which is attention deficit disorder and conduct disorder, constitute the bulk of mental health problems that go on to develop into anti-social personality and inhuman burden of suffering. In the cost to the state, it is the singularly most important group of disorders that need to be picked up fairly early and treated.

The school has a zero tolerance policy. Who do you think comes under that zero tolerance policy? It is these kids that we look after in mental health. The conduct-disordered ADHD kids are frequently on suspension or expelled until they have seen a psychiatrist or other health care professional. They do not have a parent at home. If you throw my kid out of school, I will come running down there, pick up my kid, take him home and he is going to get it. There are not parents available to do that for the conduct-disordered ADHD kid. Therefore, not only is the kid in a class of 32 to 35 kids, he or she is also suspended. What does a kid do when he is suspended? He gets into more trouble outside, because there is no one to look after the kid when he or she comes home. There is no one to give the kid a detention in-house or out. It is a very important issue to consider.

In some ways, I believe zero tolerance is understandable. I am going through with what Dr. Goldbloom had to say. Zero tolerance is fine and dandy; however, it is not developmentally appropriate. Children fight. There is a difference between fighting and beating somebody to a pulp. It is important to maintain those differences in our heads because we cannot throw out the baby with the bathwater. That is my political speech.

The rest of my list includes early diagnosis and intervention. It is very important if we take a public health and public policy perspective, and it has to do with educating — not educating just the health care workers, just the teachers and educators, but the educating of our country.

Stigma comes from lack of knowledge. Lack of knowledge translates into an inability to pick up when things are going wrong for your children. Children are our future. They are the only future we have. We may not be able to prevent everything because these are disorders that are based in genetics, but we can ameliorate the effects of our genetics by providing for these kids at a very early age.

Attention deficit disorder boys and girls growing up in privileged homes have a totally different trajectory to their lives compared to attention deficit disorder children growing up in low-rental housing. The late Dan Offord, who was a champion for the cause of these kids and did one of the most phenomenal epidemiological studies in Canada, talked about these social ails that lead to and actually make worse the mental health problems

l'école. On surveille entre autres ses capacités de lecture. C'est un traitement très facile et très sain, mais on doit l'appliquer de façon judicieuse. C'est pour contrer le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention.

Je veux également souligner que les troubles d'extériorisation, c'est-à-dire les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention et le trouble du comportement, représentent la majorité des problèmes en santé mentale qui se transforment en troubles de la personnalité anti-sociale et en souffrances inhumaines. En ce qui concerne les coûts engagés par l'État, ces troubles sont les plus importants que l'on doit diagnostiquer et traiter le plus tôt possible.

L'école a une politique de tolérance zéro. Qui pensez-vous est visé par cette politique de tolérance zéro? Ce sont ces enfants qui ont des problèmes de santé mentale. Les enfants qui ont des troubles de comportement et un THADA sont souvent suspendus ou expulsés jusqu'à ce qu'ils aient vu un psychiatre ou un autre professionnel en soins de santé. Il n'y a aucun parent à la maison. Si vous expulsez mon enfant, je vais arriver en courant, chercher mon enfant et l'amener à la maison où je vais le punir. Les parents d'enfants atteints du THADA n'ont pas le temps de faire ça. Non seulement l'enfant se trouve dans une classe de 32 à 35 enfants, mais il est aussi suspendu. Qu'est-ce qu'un enfant fait quand il est suspendu? Il attire encore plus de problèmes parce qu'il n'y a personne pour le surveiller quand il revient à la maison. Il n'y a personne pour punir l'enfant, que ce soit à la maison ou ailleurs. C'est un enjeu très important dont il faut tenir compte.

De certaines façons, je crois que la tolérance zéro est compréhensible. Je commence à comprendre ce que le Dr Goldbloom disait. La tolérance zéro, c'est une bonne chose, mais elle n'est pas appropriée au développement. Les enfants se battent. Il y a une différence entre la bataille et le fait de rouer quelqu'un de coups. C'est important d'avoir toujours ces différences à l'esprit parce qu'on ne peut pas jeter le bébé avec l'eau du bain. C'est la partie politique de mon discours.

J'aimerais aussi parler du diagnostic et de l'intervention précoces. C'est très important du point de vue de la santé et de la politique publiques et si ça concerne l'éducation — et pas seulement l'éducation des travailleurs en soins de santé, des enseignants et des éducateurs, mais l'éducation de notre pays.

Les stigmates viennent d'un manque de connaissances. Le manque de connaissances se traduit par une incapacité de voir où les choses tournent mal pour vos enfants. Ils représentent notre avenir. C'est le seul avenir que nous avons. Ça se peut qu'on ne soit pas capable de tout prévenir parce qu'il y a des troubles d'origine génétique, mais on peut améliorer les effets de notre génétique en s'occupant de ces enfants dès leur plus jeune âge.

Les garçons et les filles qui ont un trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention et qui grandissent dans des familles privilégiées empruntent une voie totalement différente de celle des enfants atteints du trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention qui grandissent dans des logements à prix modique. Le regretté Dan Offord, qui était champion des causes touchant ces enfants et qui a réalisé l'une des études épidémiologiques les plus

that our children have. It is important that they are addressed. We need to provide something that is universal, and that has to be universal education.

You raised the issue of Holland. The Dutch take a very socialist perspective on child rearing, as do the Scandinavians. Everybody knows their rights.

This was my fantasy for a solution. In my fantasy solution, I was writing of the ability to target high-risk families and their progeny before the birth to be able to provide appropriate respite for the parent and appropriate care for the child from childhood on.

These countries tag these children. If Canada mandated that, there would be the most outrageous hue and cry about it. There would be a lot of parents who will say do not put my child's name in a database because that becomes public domain and can be used for other reasons. That is something that is important to consider. A lot of the other countries, like Scandinavia especially, have a public database from where all our nominal psychiatric research has come, because they had data that they had accumulated over years and years.

It is very important that we look at how and when, what is to be provided universally, what is to be provided that is good parenting. We just have nuclear families now — not even nuclear families, we have all forms of blended families. It is important to provide for that. Knowing what we know from all the research we have done, we need to implement what our research has told us. We do the research and produce the results, but I do not know where it goes. The implementation falls down because it takes money; it is a fiscal issue.

As an adolescent psychiatrist, I think it is very important that we do not lose children to death that is self-inflicted. What I have done for the bulk of my career is look after kids in emergencies and crises. I would like them not to come as an emergency or crisis. To that end, we have done a particular kind of intervention in school, which is to screen all kids in high school. That is an imperative time, which is the point of most crises coming to a head. That is also a time of the beginning of a number of major psychiatric disorders. They become apparent, more so because of the added burden of adolescence.

Providing very quick care, providing an urgent consult service, is important. I have just done a waiting list from across the country for all the 16 medical schools. The waiting list for triage is two weeks to four weeks. The waiting list to see somebody varies between eight weeks to 18 months. There are less than 500 child and adolescent psychiatrists in the country. If you look at only 14 percent of the severely disordered kids in the general

phénoménales du Canada, a déjà parlé de ces troubles sociaux qui mènent aux problèmes de santé mentale de nos enfants et qui, en fait, les aggravent. C'est important de s'en occuper. On doit offrir quelque chose d'universel, que l'on peut enseigner à tout le monde.

Vous avez soulevé le problème de la Hollande. Les Hollandais ont un point de vue très socialiste concernant l'éducation des enfants, tout comme les Scandinaves. Tout le monde connaît ses droits.

C'était ma solution rêvée : j'écrivais sur la capacité de cibler les familles à risque élevé, de même que leur descendance avant la naissance, pour fournir un sursis approprié aux parents et des soins appropriés aux enfants dès leur plus jeune âge.

Ces pays étiquettent ces enfants. Si le Canada permettait une telle pratique, les gens seraient scandalisés. Beaucoup de parents ne voudront pas que le nom de leur enfant se trouve dans une base de données parce qu'il appartiendrait au domaine public et pourrait être utilisé pour d'autres raisons. C'est quelque chose d'important dont il faut tenir compte. Beaucoup d'autres pays, surtout ceux faisant partie de la Scandinavie, possèdent une base de données publique, où on a pris toutes nos données nominales pour les recherches en psychiatrie, parce qu'ils ont accumulé des données pendant de nombreuses années.

Il est très important qu'on examine ce qu'on offrira à l'échelle mondiale, la façon dont ça va se dérouler et à quel moment ça aura lieu, de même que ce qu'on va offrir pour bien éduquer les enfants. Maintenant, on a seulement des familles nucléaires — même pas des familles nucléaires, toutes sortes de familles reconstituées. Il est important qu'on prenne les mesures nécessaires à ce sujet. D'après tout ce qu'on a appris de toutes les recherches qu'on a effectuées, on doit mettre en œuvre ce que nos recherches ont révélé. On mène les recherches et on atteint les résultats escomptés, mais je ne sais pas où ça mène. La mise en œuvre n'a pas lieu parce que ça prend de l'argent; c'est une question financière.

En tant que psychiatre pour adolescents, je pense qu'il est très important qu'on empêche nos enfants de se suicider. Ce que j'ai fait au cours de ma carrière, c'est surveiller les enfants en état de crise et dans des cas d'urgence. J'aimerais que, s'ils se présentent, ce ne soit pas en situation d'urgence ou de crise. C'est pourquoi on a mené un type d'intervention particulier dans les écoles pour évaluer tous les enfants du secondaire. C'est le moment parfait puisque la plupart des crises atteignent leur paroxysme. C'est également le moment où commencent plusieurs troubles psychiatriques majeurs. Ils deviennent apparents, surtout en raison du fardeau de l'adolescence.

Il est important de fournir des soins très rapidement et un service de consultation d'urgence. Je viens juste d'établir une liste d'attente des 16 écoles de médecine de partout au pays. Le temps d'attente pour le triage est de deux à quatre semaines. Le temps d'attente pour voir un professionnel varie de huit semaines à 18 mois. Il y a moins de 500 psychiatres pour enfants et adolescents au pays. Si vous prenez seulement 14 p. 100 des

population, that translates to 800,000 kids across Canada. That is taking just the severe disorders; I am not including the 22 percent that I should be. Those are very important numbers.

You have got 3,500 kids in your 25,000 that need specialist attention. It needs to be accessible in a timely way. Having it available in six months may not be useful.

We need to redeploy our resources in a way that makes sense. I am a very pragmatic third-world woman, so I do not expect finances to get better with any passing year. Within that, given what we have, I think there are some things we can do that work, and I know from my clinical and research experience that they work.

One of the most useful things I have done with my 57 years of life is provide urgent service, where you can call me and tell me that you have a kid in your school who is suicidal and ask me what you should do. I may send you to the emergency room; I may not. I may say that the individual can come to my clinic within the next so many hours or days if he has a parent to look after him. This is something we provide, and it would be useful to provide that. You would also have to train the people in school to use those services judiciously. You ask the school kids to write an essay on something personal to them, and then you take that essay and call me and say he is suicidal. It does not work. I know you are mandated to cover yourself if someone has said something, but sublimation is a very good way of looking after one's head. Writing or making a story is good. That has to do with what I would like to have provided.

Improving access: Dr. Goldbloom talked about waiting lists. They are going to be there. How do we look after the ones on our waiting lists; how are we going to prioritize them is what is important. All the health caregivers, including the family doctors, the schools, need to be able to prioritize, which comes back to education.

Having done ongoing educational workshops with schools, with public health, with whomever the community agency is and CAS on an ongoing basis means that we can share, that we know from each other what our limits and our resources are. Also, it allows us to say, this is a psychiatric emergency or this is a psychosocial crisis or this is a parent-child conflict.

People come to the hospital because their child is having a paddy because they are grounded. That is not acceptable. There is something wrong when we are not able to look after in-home quarrels about grounding and it deteriorates into turning up in the emergency room. It is very expensive as well. The waiting lists are constituted because we are busy looking after referrals. There will be 800 to 900 referrals, and Kingston is a small town. We

enfants atteints de troubles graves dans la population générale, ça fait 800 000 enfants partout au Canada. Je vous parle uniquement des troubles graves; ça ne comprend pas les 22 p. 100 que j'aurais dû utiliser. Ce sont des chiffres très importants.

Vous avez 3 500 enfants sur un total de 25 000 qui ont besoin d'être suivis par un spécialiste. Ils doivent y avoir accès rapidement. Ce n'est pas très utile de rencontrer un professionnel dans six mois.

On doit redéployer nos ressources de façon sensée. Je suis une femme du tiers monde très pragmatique et je ne m'attends pas à ce que les finances s'améliorent avec le temps. Compte tenu de ce que nous avons, je pense que nous pouvons faire certaines choses qui fonctionnent et je sais, d'après mon expérience clinique et mon expérience en recherche, qu'elles fonctionnent.

À 57 ans, j'offre un service d'urgence, chose la plus utile que j'aie jamais faite, c'est-à-dire, que vous pouvez m'appeler pour me dire que vous avez un élève à votre école qui est suicidaire et me demander ce que vous devriez faire. Je peux vous envoyer ou non à l'urgence. Je peux dire que l'enfant peut venir à ma clinique dans les prochaines heures ou les prochains jours s'il est accompagné d'un parent pouvant s'occuper de lui. C'est un service que nous offrons, et il pourrait vous être utile. Il vous faudrait également apprendre aux gens à l'école à bien utiliser ces services. Supposons que vous demandiez à vos élèves de rédiger une composition sur quelque chose qui les touche personnellement, puis que vous m'appeliez après les avoir vus pour me dire qu'un élève est suicidaire. Ça ne va pas. Je sais que vous devez protéger vos arrières si quelqu'un dit quelque chose, mais une bonne façon de se sentir mieux dans sa tête, c'est de sublimer ses tendances. Rédiger ou raconter une histoire, c'est une bonne chose. C'est entre autres ce que j'aurais voulu offrir.

Améliorer l'accès : le Dr Goldbloom a parlé des listes d'attente. Il y a en aura. Comment pourrions-nous aider les personnes inscrites sur les listes d'attente? Comment arriverons-nous à décider de ce qui est plus ou moins important? Tous les fournisseurs de soins, y compris les médecins de famille et les responsables dans les écoles, doivent être en mesure d'établir les priorités, ce qui nous ramène à l'éducation.

En tenant régulièrement des ateliers éducatifs dans des écoles, des organismes de santé publique, des organismes communautaires, quels qu'ils soient, et des sociétés d'aide à l'enfance, nous pouvons échanger et connaître nos limites et ressources respectives. En outre, cela nous permet de savoir à quoi on a affaire : une urgence psychiatrique, une crise psychosociale ou un conflit parent-enfant.

Les gens viennent à l'hôpital parce que leur enfant avait piqué une colère après avoir été privé de sortie. Ce n'est pas acceptable. Il y a quelque chose qui ne va vraiment pas si nous ne pouvons pas régler les querelles domestiques de ce genre, et que la situation se détériore tellement que tout le monde se retrouve en salle d'urgence. En plus, ça coûte très cher. Nous devons placer les gens sur les listes d'attente parce que nous avons trop de clients dirigés.

have a very small population, and 800 new referrals to the hospital-based service clogs it. There will be a waiting list.

Teaching people and the whole community to triage better would be helpful, and that comes from education. I think it is very important that we pay attention to basic levels of education, an awareness in all of us to be able to recognize the signs and symptoms of major psychiatric disorders that are required to be addressed now as compared to psychosocial crises.

Senator Cook: You have spoken about stigma and we have heard a lot about it. In your discipline, at what age is the individual aware that there is a stigma attached to his or her being? When do they become aware of it? Is it something they become aware of, or is it something that is inflicted upon them from outside?

Dr. Roberts: I am not an expert in stigma. I do know that the stigma studies I have looked at show physicians in university hospitals and their stigmatization of psychiatry when they are teaching medical students. There is written evidence of that. There is written research on other people making negative comments such as, a bright guy like you, why would you want to do psychiatry? Stigma is something that exists across the board and it exists across societies and culture.

In Pakistan and India, people might have long family histories, but will you ever get them? No. However, as people become more educated that this is not a weakness or a moral flaw but rather biochemical or genetic in nature, something that has to do with the brain, people are more willing to go and get help.

The Chairman: We have run into a number of doctors who do not think that psychiatrists are real doctors. If that sort of attitude is present in the profession, imagine what it is like in the public.

Dr. Goldbloom: Stigma, of course, has always been with us. We change what it is that we stigmatize as time goes by. I remember having uncles and aunts who died of cancer. They never knew what they had, and nobody in the family was allowed to use the "C" word. That has been more or less destigmatized. Teen pregnancy has been relatively destigmatized. We do not put the girl on the next train out of town to go and stay with her aunt in Vancouver anymore. Alcoholism and homosexuality are becoming less stigmatized.

There is no question that mental health and its problems are being progressively destigmatized. One of the best measures of that is the dollars that people are contributing to mental health. We have an annual event in Halifax that has grown to such

Nous en avons de 800 à 900, et Kingston est une petite ville. Nous avons une très petite population, de sorte que 800 nouveaux clients dirigés vers le service hospitalier, c'est suffisant pour l'engorger. C'est inévitable : il y aura une liste d'attente.

Ce serait utile de montrer aux gens et à toute la collectivité comment procéder à un meilleur triage, et pour cela, il faut améliorer l'éducation. À mon avis, nous devons absolument porter une attention particulière aux niveaux d'éducation de base, afin de pouvoir distinguer entre les signes et les symptômes de troubles mentaux graves, qui exigent des soins immédiats, et les crises psychosociales.

Le sénateur Cook : Vous avez abordé la stigmatisation, dont nous avons déjà beaucoup entendu parler. Dans votre discipline, à quel âge a-t-on déterminé qu'une personne prend conscience qu'elle est stigmatisée? Quand s'en rend-elle compte? S'en rend-elle vraiment compte, ou est-ce quelque chose qui lui est infligé de l'extérieur?

La Dre Roberts : Je ne suis pas une experte en stigmatisation. Je sais en tout cas que les études que j'ai lues à ce sujet montrent que les médecins rattachés à des hôpitaux universitaires stigmatisent la psychiatrie lorsqu'ils enseignent aux étudiants en médecine. Nous en avons des preuves écrites. Dans des recherches publiées, on relate le cas de gens qui font des commentaires négatifs comme : une personne intelligente comme toi —, pourquoi voudrais-tu aller en psychiatrie? La stigmatisation, c'est quelque chose qui existe dans toutes les couches de la société et dans toutes les sociétés et les cultures.

Au Pakistan et en Inde, les gens ont de longs antécédents familiaux. Mais est-ce qu'on peut les connaître? Non. Toutefois, à mesure que les gens deviennent plus instruits et apprennent à voir ces problèmes non pas comme un signe de faiblesse ou une tare morale, mais plutôt comme le résultat de réactions biochimiques ou génétiques touchant le cerveau, ils sont mieux disposés à obtenir de l'aide.

Le président : Nous sommes tombés sur des médecins qui ne croyaient pas que les psychiatres étaient de véritables médecins. Si c'est ce qu'on pense au sein de la profession, imaginez ce que ça doit être au sein du public.

Le Dr Goldbloom : Nous avons évidemment été toujours stigmatisés. Ce qui est stigmatisé change au fil du temps. Je me rappelle mes tantes et mes oncles qui sont morts du cancer. On n'a jamais su ce qu'ils avaient, et personne dans la famille n'avait le droit de mentionner cette affection. La stigmatisation rattachée au cancer a plus ou moins disparu. Les grossesses chez les adolescentes sont relativement moins stigmatisées. Nous n'envoyons plus notre fille par le prochain train chez sa tante à Vancouver. L'homosexualité et l'alcoolisme sont de moins en moins stigmatisés.

Il ne fait aucun doute que la santé mentale et les troubles mentaux sont de moins en moins stigmatisés. Parmi les meilleures mesures déployées à cet égard, mentionnons les contributions financières que les gens fournissent dans le domaine de la santé

proportions that there is no place to accommodate them anymore, and they raise hundreds of thousands of dollars.

I had a lady in my office whose son was somewhat depressed. She was from Cape Breton. I asked her, "Has anyone else in the family ever had serious depression?" "Well," she said, "I have a cousin who has committed suicide several times."

Dr. Davidson: Earlier this year, in the Children's Hospital of Eastern Ontario, there was a code blue, which means a respiratory or cardiac arrest. The code was on the in-patient psychiatry unit. In the elevator, there was a nurse. I do not know if she was going to the code or not, but she said, "What is going on in the in-patient psychiatry unit? Is there a kid holding her breath?" That is a good example of stigma within the profession.

YouthNet project is a population mental health program by youth, for youth, supported by clinicians. During the course of this project, we have learned that it is relatively simple to destigmatize mental health with youth. I do not think the same is true of adults.

Ms. Van Daalen: Children that are disabled have told us that they knew that they were being seen as different from a very early age. They can feel that very early on. Some of you may know the Rainbow Health Coalition. It is a coalition of gay, lesbian, transgender, transsexual, bisexual individuals — the whole gamut. They have begun studies suggesting that people know when they are being stigmatized. Young children know when they are being seen as different and can articulate that in their own age-appropriate way.

Dr. Roberts: Because of the bureaucratic hassle of providing information, we are misusing some of our really expensive resources because we are not getting information from someone who has looked after the child before. The child comes in to do a psychology test, which costs about \$1,500, and says at the end of the test, "I already did that last year." "Where did you do it?" "My mother took me and had it done."

The sharing of information is something that will have to be looked at in a meaningful way.

Dr. Davidson: I should like to challenge the system a little. The Social Affairs, Science and Technology Committee is embarking on a fundamental and extremely important endeavour. The problem is that probably every single one of the witnesses around this table has been around similar tables many times doing the same thing. Unfortunately, it is just an exercise in frustration management at the end of the day, because it is very difficult to make change.

mentale. À Halifax, nous organisons chaque année un événement qui a pris de telles proportions que nous n'avons même plus de place pour y loger tout le monde, et nous avons pu recueillir ainsi des centaines de milliers de dollars.

J'ai reçu à mon cabinet une dame dont le fils était quelque peu déprimé. Elle venait de Cap-Breton. Je lui ai demandé : « Est-ce que quelqu'un dans votre famille a déjà souffert d'une grave dépression? » « Eh bien, a-t-elle répondu, j'ai un cousin qui a tenté de se suicider plusieurs fois. »

Le Dr Davidson : Plus tôt cette année, au Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, nous avons eu un code bleu, c'est-à-dire une personne souffrant d'un arrêt respiratoire ou d'un arrêt cardiaque. Le code venait de l'unité d'hospitalisation psychiatrique. Dans l'ascenseur, il y avait une infirmière. Je ne sais pas si elle se rendait sur place ou non, mais elle a dit : « Qu'est-ce qui se passe à l'unité d'hospitalisation psychiatrique? Est-ce qu'une jeune est en train de retenir son souffle? » C'est un exemple flagrant de stigmatisation au sein de la profession.

Le projet RéseauAdo est un programme de promotion de la santé mentale à l'intention des jeunes, administré par les jeunes et soutenu par les cliniciens. Dans le cadre de ce projet, nous avons constaté que c'est assez facile d'amener les jeunes à ne plus stigmatiser tout ce qui touche la santé mentale. Je ne crois pas qu'on puisse dire la même chose des adultes.

Mme Van Daalen : Des enfants handicapés nous ont dit qu'ils savaient dès un très jeune âge qu'on les considérait comme étant différents. Quelques-uns d'entre vous connaissez peut-être la Coalition Santé Arc-en-ciel. C'est une coalition de personnes gaies, lesbiennes, transgenres, transsexuelles et bisexuelles — toute la gamme. Elle a entrepris des études révélant que les gens se rendent compte lorsqu'ils sont stigmatisés. Les jeunes enfants le savent lorsqu'on les considère comme étant différents et peuvent l'exprimer à leur façon selon leur âge.

La Dre Roberts : En raison des complications administratives liées au partage de l'information, nous utilisons mal certaines de nos ressources les plus onéreuses parce que la personne qui a déjà vu l'enfant que nous recevons ne nous a pas fourni de renseignements à son sujet. Nous administrons donc à l'enfant un test psychologique, qui coûte environ 1 500 \$, pour l'entendre dire une fois que tout est fini : « J'ai déjà fait ça l'année passée. » Et nous de lui demander : « Où as-tu fait ça? » Et lui de rétorquer : « Ma mère m'a amené le passer. »

Nous devons examiner attentivement la question de l'échange d'information.

Le Dr Davidson : J'aimerais remettre un peu en question le système. Le Comité des affaires sociales, des sciences et de la technologie se lance dans une entreprise fondamentale et extrêmement importante. Le problème, c'est que presque tous les témoins autour de cette table ont probablement déjà fait la même chose à maintes reprises. Malheureusement, ce n'est, au bout du compte, qu'une source de frustration, car c'est très difficile d'apporter des changements.

My sincere hope is that this time it will be different. Wherever we talk about children, including a Canada fit for children, we need to be talking about children and youth. Youth do not appreciate being referred to as children, and we do not mean to offend them, but inadvertently we are offending them when we do not acknowledge them appropriately.

Politicians often talk about the fact that our children and youth are our future. This has become rhetoric and nothing more. If we mean it, we had better do something significant about it, like the many wonderful suggestions that we have heard around the table.

We all think we are pretty bright but, fundamentally, humans are stupid. Good evidence of that is — Ms. Forge's catchment area was able to get together and pool their resources together in an effective way. Why is it that we cannot do that without stress or fiscal pressure? Why can we not do it just because it is a smart thing to do?

We must be bold. We need a significant paradigm shift. We have heard much about the prevalence of psychiatric illness. I like the work of David Shaffer. He did not simply go out and find out how many children and youth in a community sample were suffering from at least one psychiatric disorder; he took it further on each end of that spectrum. When his study showed 19.2 per cent, he asked, "How many of the 19.2 per cent actually suffer from severe mental illness (SMI)?" They found that 5.4 per cent of the total population had SMI.

This is why, when we put a system in place, the system needs to be balanced. The more intensive, more expensive end of the spectrum has been talked about, but you cannot shift everything to the other end and give up on a generation of children and youth who have SMI either. We have to figure out, like smart human beings, how to do this.

I will remind you that, in order to make a diagnosis of psychiatric disorder, you must have the symptoms of whatever the disorder is and impairment of functioning. At the other end of the spectrum, Shaffer said, "If 19.2 per cent have a psychiatric disorder, how many just have symptoms?" They found that 50.6 per cent of a community sample had symptoms. How then do you set up a system that will address kids that are at risk, kids that have psychiatric disorders and kids that have SMI?

Based on the late Dan Offord's work, one out of six Ontario children and youth 4 to 16 years of age received some kind of service in the previous six months for their mental health problems.

J'espère de tout cœur que ce sera différent cette fois. Lorsque nous parlons des enfants, y compris d'un Canada digne des enfants, nous devons parler des enfants et des adolescents. Les adolescents n'aiment pas qu'on les désigne comme des enfants, et c'est sans le vouloir que nous les vexons parfois si nous ne reconnaissons pas leur différence.

Les politiciens disent souvent que nos enfants et nos jeunes sont l'avenir du pays. Ce ne sont plus que de belles paroles en l'air. Si nous le pensions vraiment, nous devrions vraiment faire quelque chose qui le prouve, par exemple appliquer les nombreuses et belles suggestions que nous avons entendues autour de cette table.

Nous nous pensons tous bien intelligents, mais, dans le fond, les humains sont stupides. La preuve : l'aire de recrutement que Mme Forge a pu établir et la manière efficace avec laquelle elle a réuni toutes les ressources. Pourquoi ne pourrions-nous pas faire la même chose sans stress ni pressions financières? Pourquoi ne pourrions-nous pas le faire tout simplement parce que c'est la chose la plus intelligente à faire?

Nous devons être dynamiques. Nous avons besoin d'un grand changement de paradigme. Nous avons beaucoup entendu parler de la prévalence des troubles psychiatriques. J'aime ce qu'a fait David Shaffer. Il n'a pas simplement essayé de savoir combien d'enfants et d'adolescents dans une collectivité souffraient d'au moins un trouble psychiatrique; il est allé plus loin que cela dans l'éventail des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents. Lorsque son étude a révélé que 19,2 p. 100 des enfants et des adolescents étaient touchés, il a posé la question suivante : « Combien d'entre eux souffrent en fait de graves troubles mentaux? » Cela lui a permis d'établir que 5,4 p. 100 de l'ensemble de la population souffraient de graves troubles mentaux.

C'est pourquoi, lorsque nous mettons un système en place, nous devons nous assurer qu'il est équilibré. Nous avons parlé de l'aspect plus intensif et plus onéreux de cet éventail, mais nous ne pouvons aller à l'autre extrême et laisser tomber toute une génération d'enfants et d'adolescents souffrant de graves troubles mentaux. Nous devons trouver comment résoudre ce problème, de façon intelligente.

Vous vous rappellerez que, pour poser un diagnostic de trouble psychiatrique, on doit cerner les symptômes rattachés à ce trouble et à ce handicap. À l'autre bout de l'éventail, Shaffer a posé la question suivante : « Si 19,2 p. 100 des enfants et des adolescents souffrent d'un trouble psychiatrique, combien n'en ont que les symptômes? » Il a constaté que 50,6 p. 100 d'un échantillon du groupe étudié présentaient des symptômes. Dans ce cas, comment établir un système qui permettra de répondre aux besoins des jeunes qui sont à risque, de ceux qui souffrent de troubles psychiatriques et de ceux qui ont de graves troubles mentaux?

D'après les travaux de feu Dan Offord, un jeune sur six parmi les enfants ontariens âgés de 4 à 16 ans a bénéficié de soins au cours des six derniers mois pour ses troubles mentaux.

Ten per cent of the whole population in their lifetime will suffer from osteoarthritis, which is the single biggest cause of hip and knee replacements. Tell me what you think would happen in this country if one out of six people who needed a hip or knee replacement actually got a hip or knee replacement? Romanow was correct when he said that mental health services are the orphan of health care services. I would say that since that is correct, child and youth mental health services are orphan of the orphan.

I will not talk about all of the details of a system, but one of the last things I want to say has to do with funding. The system is dramatically under-resourced, but we cannot pour more money into an already broken fragmentation of services that we cannot really call a system. We have to put a system together, but that new system, which will do things differently, needs additional funding in my view.

As has already been said, in this new system, or a community of practice, it needs to be flexible and to have innovation, and we need to have a facility for it to be different, community by community, but with fundamental similarities.

In terms of structure, we do have this provincial-national kind of dichotomy going. We have to somehow figure out how we can set up a system for child and youth mental health in this country that is protected, mandated and legislated and not encumbered by the politics of nationalism and provincialism.

Senator Cook: I should like to make a comment for Dr. Davidson. My philosophy is that it does not matter how many studies are done or how often we fall down. What is important that we get up. I believe, and I am challenged by this committee and its mandate, that we have to get up.

Something else is happening across this country, however, and that is that members of the public are becoming engaged in what we are doing. If the public becomes engaged, the politicians will, of course, need to become engaged, and then we will find a way.

Dr. Davidson: That is excellent. I am reminded of about 12 years ago in Sweden when there was a motion on the floor in their government that suggested that there should be a change in how people vote. That change was this: If in your family, there are four people, two of whom are under 18, you should get four votes, and if in my family there are two people, both over 18, we should have two votes. That is what I am thinking when I am talking about meaning or rhetoric that our children and youth are our future.

Dr. Lipman: I agree with all the things Dr. Davidson has said. We can have more funding and a better system, but if we do not know that what we are doing works, it is money poorly spent.

Dix pour cent de l'ensemble de la population souffrira à un moment donné d'arthrose, l'une des causes les plus importantes des opérations visant à remplacer une hanche ou un genou. D'après vous, qu'arriverait-il à notre pays si une des six personnes ayant besoin d'une nouvelle hanche ou d'un nouveau genou recevait vraiment l'organe de remplacement voulu? Romanow avait bien raison lorsqu'il disait que les services de santé mentale sont les laissés-pour-compte des services de santé. Alors, ça veut dire que les services de santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents sont les laissés-pour-compte des laissés-pour-compte.

Je ne parlerai pas de tout ce qui concerne un système, mais j'aimerais encore aborder entre autres pour finir la question du financement. Le système manque énormément de ressources, mais nous ne pouvons pas injecter d'autres fonds dans des services déjà trop fragmentés pour qu'on puisse parler d'un système. Nous devons établir un nouveau système qui permettra de faire les choses différemment, mais j'estime que nous devons pour cela lui fournir d'autres fonds.

Je le répète, dans ce nouveau système ou réseau d'échange de pratiques, nous devons faire preuve de souplesse et d'innovation, et nous devons prévoir des installations essentiellement semblables, mais suffisamment différentes les unes des autres pour qu'on puisse répondre aux besoins de chaque collectivité.

Sur le plan de la structure, nous sommes confrontés à la dichotomie qui existe, si on peut dire, entre le provincial et le national. Nous devons déterminer d'une façon ou d'une autre comment établir dans notre pays un système de santé mentale à l'intention des enfants et des adolescents, qui soit protégé, autorisé et légiféré, et exempt des politicailles nationales et provinciales.

Le sénateur Cook : J'aimerais présenter un commentaire à l'intention du Dr Davidson. À mon avis, ce n'est pas le nombre d'études effectuées ni le nombre d'échecs que nous essayons qui compte. Je crois en effet que nous devons relever les défis lancés par notre Comité et par son mandat.

Il se passe toutefois autre chose au pays : les membres du public participent de plus en plus à ce que nous faisons. Si le public est plus engagé, les politiciens devront évidemment l'être aussi, et alors nous trouverons une solution.

Le Dr Davidson : C'est excellent. Ça me rappelle il y a 12 ans en Suède, lorsqu'on s'est saisi d'une motion au gouvernement, proposant des changements au processus de vote. Ces changements étaient les suivants : si vous étiez quatre dans votre famille, dont deux personnes de moins de 18 ans, vous devriez avoir droit à quatre votes, mais si vous ne formiez qu'une famille de deux personnes de plus de 18 ans, vous devriez avoir droit à deux votes seulement. C'est à ça que je pense lorsque je parle de discours théoriques ou rhétoriques, selon lesquels nos enfants et nos jeunes sont l'avenir du pays.

La Dre Lipman : Je suis d'accord avec tout ce qu'a dit le Dr Davidson. Nous pouvons avoir davantage de fonds et un meilleur système, mais c'est de l'argent gaspillé si nous ne sommes pas certains que le tout fonctionnera bien.

Dr. Davidson: I totally agree, and that is part of that whole big system, namely, what does the system look like and what are the components in it.

The Chairman: Let me be clear. Unlike a lot of public debate, our committee has always taken the position that money is the means to an end. The reason money always appears in our last chapter is that we first decide what the end is, and then we figure out how much money is required, as opposed to the typical health care debate, which is to just throw money at the problem.

Senator Keon: I wanted to mention a word of optimism. In our 2002 report, virtually every recommendation is in the process of being implemented. People are starting to listen. It is important for you people, who have had a terrible time, really, much worse than anybody else in the health system, not to get discouraged now. People are beginning to listen.

I want to comment on the situation of one sixth of the hips being replaced. There would be a lot of people on the limp.

Ms. Forge: I should like to talk about the stigma piece — and we have talked about it a lot. Something that comes from all of the discussion today, and in thinking about this, is that it is not really about removing the stigma; it is about creating the societal responsibility. That speaks to what you were saying earlier, Senator Cook.

We have to help people understand that we all have a responsibility for our children and especially for our children and their mental health as it relates to what we have been talking about today. We all talk about our responsibility for children and their education. We do not talk about something even more fundamental in terms of their rights as children, and that is their mental health. We need to have that conversation at that level, creating the responsibility rather than removing the stigma.

The Chairman: What I would like to do in the next hour is to put some issues on the table and move to questions.

To the people who have been kind enough to give us a day of their time, there are three things that I do not want to discuss today but that I would like to have your reaction to. What are the highest priority areas for research? We all agree that if we are going to run an evidence-based program, it needs to be evidence-based. If you do not have evidence, you cannot go out and do research in the entire field. The question would become one of what are the priority items.

Related to that, we are hoping to begin to develop through CIHI a mental health information base that will go along with an information base being developed for other parts of the health care system. It would be helpful to get a sense from you as to what are the handful of things that need to be measured. It is an

Le Dr Davidson : C'est exactement ça, et c'est un aspect essentiel de tout ce qui concerne ce grand système : nous devons déterminer à quoi il ressemble et quelles en sont les composantes.

Le président : Permettez-moi de préciser : contrairement à beaucoup d'autres mécanismes de débat public, notre Comité a toujours considéré l'argent uniquement comme un moyen d'arriver à une fin. La raison pour laquelle nous en arrivons à l'argent toujours à la fin de nos délibérations, c'est parce que nous devons d'abord décider à quoi doit servir cet argent avant de déterminer combien il faut, au lieu de faire comme dans les débats habituels sur les soins de santé, où on s'emploie uniquement à résoudre le problème en proposant l'injection de fonds.

Le sénateur Keon : Je tenais à prononcer quelques mots d'espoir : presque toutes les recommandations présentées dans notre rapport de 2002 sont actuellement appliquées. Les gens commencent à écouter. Vous qui avez connu une période extrêmement difficile, en fait bien pire que pour n'importe quel autre secteur du système de santé, vous ne devez pas vous décourager maintenant : les gens commencent à écouter.

Je voudrais dire ce que je pense de la situation où une personne sur six pourrait se faire remplacer la hanche : cela donnerait pas mal de personnes boiteuses.

Mme Forge : Je voudrais parler de la stigmatisation, même si nous en avons déjà parlé beaucoup. Ce que j'ai pu relever dans toutes nos discussions aujourd'hui, à la suite de mes réflexions, c'est qu'il s'agit en fait non pas d'éliminer la stigmatisation, mais de favoriser la responsabilité sociale. Cela rejoint ce que vous disiez plus tôt, sénateur Cook.

Nous devons aider les gens à comprendre que nous avons tous une responsabilité envers nos enfants, surtout en ce qui a trait à leur santé mentale au regard de ce qui nous a occupé aujourd'hui. Nous parlons tous de notre responsabilité envers nos enfants en ce qui concerne notamment leur éducation. Mais nous taisons quelque chose d'encore plus fondamental, qui touche les droits de ces enfants : leur santé mentale. Nous devons en discuter sur ce plan, et favoriser la responsabilité, au lieu de chercher à éliminer la stigmatisation.

Le président : Au cours de la prochaine heure, j'aimerais dégager certains enjeux et passer aux questions.

Aux gens qui ont eu la gentillesse de nous consacrer une journée de leur temps, il y a trois choses dont je ne tiens pas à discuter aujourd'hui, mais au sujet desquelles j'aimerais connaître votre opinion. Quels sont les secteurs qui doivent le plus faire l'objet de recherches? Nous convenons tous que, si nous devons adopter un programme fondé sur des données probantes, nous devons nous assurer qu'il est bel et bien fondé sur des données probantes. Sans cela, nous ne pourrions pas effectuer les recherches requises dans l'ensemble du secteur. La question qui se poserait, ce serait de savoir quels points sont prioritaires.

À ce sujet, nous espérons commencer à établir par l'entremise de l'ICIS une base de données sur la santé mentale, qui s'ajoutera à une autre base de données actuellement élaborée pour d'autres secteurs du système de santé. Ce serait utile de savoir ce qui, d'après vous, devrait être essentiellement mesuré. Fait

interesting observation that the health care system has all kinds of measures but that not a lot of thought is being put into — for example, Statistics Canada was going to do another Canada health survey like it did two years ago. What are the things that it ought to be measuring with respect to mental health? If you can think about that, that would be helpful.

I will give you the topics that are of interest to me. I agree on the need to reduce waiting times. That has been a focus of this committee. What are the concrete things that need to be done to do it? Related to that question, because you cannot do one without the other, is how do you get the kind of inter-agency cooperation that Ms. Forge talked about? We all agree that this is a very silo-driven system. What are the incentives that will get people to cooperate? Is the cooperation achieved because you have a particularly strong leader? Do you have to clone Ms. Forge in order to get it done everywhere, or is there some other incentive system that would work?

Two issues that a number of you have raised I find intriguing. You have all talked about the issue of rights, the issue of legislation vis-à-vis children and youth mental health. Is that what is needed? If so, do you have any thoughts on what the essence of such a bill would be?

The second thing is that I want to make sure I understand the point some of you raised. At our hearings in Toronto a while ago, we heard that under the age of 16 children are regarded as children and that 19 and over they are regarded as adults. We had someone point out to us that, in fact, individuals between 16 and 19 are not eligible for a lot of the programs they would be eligible for if they were a child or an adult. That struck me as so absurd that I did not believe it. However, a number of you have repeated it. It is so stupid that I cannot get my mind around how one could design that system. The question then becomes: If you close the gap, which way do you close the gap? Step one is to eliminate the gap. Do you raise the children and youth age to 19, or do you lower the adult age? Some of you may have comments on that.

I have one comment on anti-stigma. Two different concepts have been put forward to us. One is that it would be better to run a national anti-stigma campaign across the board on mental health issues. The second is that it would be better to focus your communication resources on a couple of things, such as depression or suicide. The real question becomes: Do you run a targeted campaign on a limited number of mental health issues, or do you run a more generic campaign, which, by its very nature, would be less specific on broader mental health questions?

intéressant : le système de santé a toutes sortes de mesures, mais on n'y pense pas beaucoup — par exemple, Statistique Canada devait mener une autre enquête sur la santé au Canada, comme on l'avait fait il y a deux ans. Quelles sont les choses qu'il faudrait mesurer en ce qui a trait à la santé mentale? Si vous pouviez réfléchir à cela, ce serait utile.

Je vais vous présenter des sujets qui m'intéressent. Je conviens que nous devons réduire les délais d'attente. Notre Comité s'est particulièrement attaché à cette question. Quelles sont les choses concrètes qu'il faut faire pour cela? Toujours au sujet de cette question, car l'une ne va pas sans l'autre, comment faut-il s'y prendre pour obtenir le genre de coopération entre organismes, dont Mme Forge a parlé? Nous sommes tous d'accord : c'est un système très compartimenté. Qu'est-ce qui pourrait inciter les gens à coopérer? Avez-vous obtenu une telle coopération parce que vous avez une dirigeante particulièrement forte? Faudra-t-il cloner Mme Forge pour arriver au même résultat partout, ou bien pourrions-nous trouver d'autres moyens efficaces d'inciter les gens à la coopération?

Deux questions qu'un certain nombre d'entre vous ont soulevées m'intriguent. Vous avez tous parlé des droits des enfants en ce qui a trait à leur santé mentale et d'une loi visant à les appliquer. Est-ce ce qui est requis? Le cas échéant, avez-vous une idée de la teneur que devrait avoir un tel projet de loi?

Deuxième chose : je voudrais m'assurer que je comprends bien le point que certains d'entre vous ont soulevé. Au cours de nos audiences menées à Toronto il y a quelque temps, on nous a dit que les jeunes âgés de moins de 16 ans sont considérés comme des enfants, et que ceux âgés de 19 ans et plus sont considérés comme des adultes. Quelqu'un nous a fait remarquer que, en fait, les jeunes âgés entre 16 et 19 ans ne sont pas admissibles à bon nombre de programmes auxquels ils auraient droit s'ils étaient considérés comme des enfants ou des adultes. Ça m'a paru si absurde que je ne voulais pas le croire. Toutefois, un certain nombre d'entre vous l'avez répété. C'est tellement stupide que je n'arrive pas à croire qu'on ait pu établir un tel système. La question qui se pose alors est la suivante. Si on resserre l'écart, dans quel sens le faisons-nous? La première étape est d'éliminer cet écart. Est-ce que nous disons que l'adolescence se poursuit jusqu'à l'âge de 19 ans, ou bien choisissons-nous d'instaurer l'âge adulte plus tôt? Certains d'entre vous ont peut-être des commentaires à ce sujet.

J'ai un commentaire au sujet de la lutte contre la stigmatisation. On nous a présenté deux concepts différents. D'une part, on affirme qu'il vaudrait mieux déployer une campagne nationale de lutte contre la stigmatisation dans tous les secteurs en ce qui a trait à la santé mentale. D'autre part, on nous dit que ce serait mieux d'axer les ressources de communication sur quelques thèmes bien particuliers comme la dépression ou le suicide. La véritable question qui se pose alors est la suivante : est-ce qu'on doit déployer une campagne visant un nombre limité de questions touchant la santé mentale ou une campagne plus générale qui, de par sa nature même, serait moins spécifique et aborderait de façon plus large les grandes questions liées à ce domaine?

If anybody wishes to pick up on those points as we go around, that is fine.

Senator Cook: I just want to thank you all again for being here today to contribute to what I consider to be one of the greater challenges since I came to this place. I applaud the wisdom of the table. I will challenge you now with my simplicity.

We are here talking about children. Really, what we are talking about is change and how do we manage it. How do we manage it in the lives of our children in this more and more complex society that we are living in — which begs me to say that I am glad I grew up when I did.

I need you to help me on the definition of today's family. I grew up in a family with a brother and a mother and a father and a granny. I did not appreciate the granny until I became one myself. In order to look at the total picture — because all the things that are relevant around this table today result from the evolution of where we are as a people. It has changed. How do we manage it?

Going back to the family, one of my first committee challenges was to sit on the Senate Special Joint Committee on Child Custody and Access with Senator Pearson. Everyone should read the report from that committee because where we saw children in that picture gave us more than food for thought.

I should like someone to address the issue of security, where professionals such as yourselves cannot share information across jurisdictional lines. The school nurse cannot talk to the teacher, and vice versa. There are some areas around privacy that need to be addressed in our report.

More and more, I see us drifting away from being a family — some would say that it is not a family, that it is a committee. Canada has a need, because of this complexity, to take responsibility for the well being of us someday.

You talk about all the structures and resources that you have. I come from Newfoundland, where there is no resident child psychiatrist, although one visits once per month from a neighbouring province. In order to put together a seamless delivery of services, we will have to look at alternatives.

A couple of weeks ago, I was asked to speak to the national Girl Guide movement. The challenge for me was to speak to the impact of my Guiding years on my life as a senator. It forced me to reflect on the Guiding program that I know and that led me to realize that there are numerous programs by NGOs that contribute to the mental health and wellness of children. What affect are those programs having? Looking back, I recall that simpler time of outdoor activities. It was wonderful. Today, to be a leader a Guide leader, one has to undergo a rigorous security check, which was unheard of in my day. Society is becoming ever more complex.

Si l'un d'entre vous souhaite élaborer sur ces points à mesure que nous échangeons des propos, n'hésitez pas.

Le sénateur Cook : Je tiens à vous remercier tous de nouveau d'être présents ici aujourd'hui et de nous aider à relever ce que je considère comme l'un des plus grands défis depuis que je participe à ces délibérations. Je salue la sagesse de vos propos. Je vous demanderais maintenant de m'entendre, dans toute ma simplicité.

Nous parlons ici des enfants. En fait, nous parlons de changement et de la façon de composer avec ce changement. Comment est-ce que nous pouvons aider nos enfants à vivre dans notre société de plus en plus complexe — ce qui me porte à dire que je suis heureuse d'avoir grandi à une autre époque.

J'ai besoin de votre aide pour comprendre la famille d'aujourd'hui. J'ai grandi avec toute ma famille : mon frère, ma mère, mon père et ma grand-mère. Je n'aimais pas ma grand-mère jusqu'à ce que j'en devienne une moi-même. Nous devons garder une vue d'ensemble — parce que toutes les choses qui sont pertinentes pour notre table aujourd'hui résultent de notre évolution en tant qu'êtres humains. Les choses ont changé. Comment devons-nous composer avec cela?

Pour en revenir à la famille, l'une de mes premières activités à titre de membre d'un comité a été de siéger avec le sénateur Pearson au Comité mixte spécial du Sénat sur la garde et le droit de visite des enfants. Tout le monde devrait lire le rapport de ce comité, car les enfants qui y sont présentés nous ont donné vraiment de quoi réfléchir.

J'aimerais que quelqu'un parle de la sécurité, du fait que des professionnels comme nous ne peuvent pas échanger de l'information d'une administration à l'autre. L'infirmière à l'école ne peut pas parler à l'enseignant, et vice versa. Dans notre rapport, nous devons traiter de la question liée à la protection des renseignements personnels.

Je constate que nous nous éloignons de plus en plus du noyau familial — d'aucuns diront que ce n'est pas une famille : c'est un comité. En raison de cette complexité, le Canada doit garantir notre bien-être à un moment donné ou à un autre.

Vous parlez tous de nos structures et de nos ressources. Je viens de Terre-Neuve, où il n'y a pas de pédopsychiatre résident, même s'il y en a un qui se rend chez nous une fois par mois d'une province voisine. Afin d'offrir des services sans discontinuité, nous devons envisager des solutions de rechange.

Il y a quelques semaines, on m'a demandé de présenter une allocution devant le mouvement des Guides du Canada. Je devais parler de l'impact que mes années en tant que guide a eu sur ma carrière de sénateur. J'ai dû réfléchir au programme de guides que je connais, ce qui m'a fait comprendre que de nombreux programmes offerts par les ONG favorisent la santé mentale et le bien-être des enfants. Quels effets ces programmes ont-ils? Lorsque j'y pense, je revois la merveilleuse simplicité de nos activités extérieures. C'était formidable. De nos jours, pour être une chef guide, il faut passer un contrôle de sécurité sévère, ce qui ne s'est jamais vu dans mon temps. La société est de plus en plus complexe.

What preoccupies me is the child under three years of age. I am watching to see what the national child care program will provide for children. Children are born into a family where parents have to work. Sometimes, there might be only one parent and sometimes no parent. Often, at the age of six months, children are bundled up and taken to another place to be cared for. That is today's reality for some children. My three year old grandchild is going off to daycare in September, and he will spend the greater part of his waking hours there. What are the building blocks for daycare? What are the principles? What is there for that child? Much can happen in the two years a child might spend at daycare. Often, when the primary caregivers come home, they are too tired to do anything except feed the children and put them to bed. The learning of skills and social development for many children takes place in the daycares. Have you looked at that part of the child?

Ms. Forge: The community I live in has a population of 4,000. We have two elementary schools and one secondary school, and both are experiencing declining enrolment and, therefore, all have extra space available. We have in place an Early Years Centre in the elementary school and a Parent Mutual Aid program in the secondary school. That allows us to work with our Early Years partners to focus on how to support all of the child's development, and not only in terms of the life from zero to two. We have three and a half year olds in our junior kindergartens. With those support systems built into the schools, we are trying to build a system of care from the beginning of a child's life through support for the parents and support for the daycare service.

The zero-to-six and the seven-to-eighteen thinking has been a problem for us. We have to stop thinking that way and think about a continuum. The school cannot be everything, but it can host those who can be everything to children.

Senator Cook: The daycares are licensed by the provinces, but I am not aware of the standards, if any. If we are to look at a national strategy, we will have to look at that as well. I know daycares fall under provincial jurisdiction, but it is the place where children spend their early years, by and large, in this country.

The Chairman: Does anyone know whether there has been research on daycare in respect of these issues?

Dr. Lipman: I do not know about the daycare data.

Senator Pearson: Yes, there has been such research.

Ce qui me préoccupe, ce sont les enfants âgés de moins de trois ans. J'essaie de voir ce que le programme national de garderies réserve aux enfants. Les enfants sont nés dans une famille où les parents doivent travailler. Parfois, il y a un seul parent, et parfois, il n'y en a aucun. Souvent, à l'âge de six mois, les enfants sont envoyés en garderie. C'est la réalité de certains enfants d'aujourd'hui. Mon petit-fils de trois ans doit partir en garderie en septembre prochain, où il y passera la majeure partie de ses heures éveillées. Sur quoi reposent les garderies? Quels en sont les principes? Qu'est-ce qu'en tire l'enfant? Beaucoup de choses peuvent arriver pendant les deux ans qu'un enfant pourrait passer en garderie. Souvent, lorsque les parents reviennent à la maison, ils sont trop fatigués pour faire autre chose que de nourrir les enfants et de les mettre au lit. L'apprentissage et le développement social de bon nombre d'enfants s'effectuent en garderie. Avez-vous envisagé cet aspect de l'enfant?

Mme Forge : La collectivité où j'habite compte une population de 4 000 habitants. Nous avons deux écoles primaires et une école secondaire, et les deux ont de moins en moins d'élèves, de sorte qu'il y a des places de plus. Nous avons établi un centre de la petite enfance à l'école primaire et un programme d'aide entre parents à l'école secondaire. Cela nous permet de travailler avec nos partenaires dans le domaine de la petite enfance afin de déterminer comment favoriser le développement complet de l'enfant, c'est-à-dire pas seulement de sa naissance à l'âge de deux ans. Nous avons des enfants âgés de trois ans et demi dans nos garderies pour jeunes enfants. En ajoutant ces systèmes de soutien aux écoles, nous essayons d'établir un système de soins de l'enfant dès son plus jeune âge grâce à des mesures de soutien destinées aux parents et aux services de garderie.

Notre tendance à distinguer entre la catégorie des nouveaux-nés jusqu'aux enfants âgés de six ans et la catégorie des jeunes âgés de 7 à 18 ans a toujours été un problème. Nous devons cesser de penser comme ça pour envisager l'évolution des enfants dans sa continuité. L'école, ce n'est pas tout, mais elle peut avoir en son sein des personnes qui représentent tout pour les enfants.

Le sénateur Cook : Les garderies doivent recevoir un permis provincial, mais je ne sais pas s'il existe des normes. Si nous envisageons de déployer une stratégie nationale, nous devons nous pencher également sur cette question. Je sais que les garderies sont régies par le gouvernement provincial, mais c'est l'endroit où les enfants de notre pays consacrent essentiellement leurs premières années.

Le président : Est-ce que quelqu'un sait si on a entrepris des recherches sur les garderies à ce chapitre?

La Dre Lipman : Je ne sais pas s'il existe des données relatives aux garderies.

Le sénateur Pearson : Oui, on a déjà entrepris des recherches à ce sujet.

Dr. Lipman: This is about a different issue — it is about the effects of the Girl Guide Movement. Studies have been done by Dr. Dan Offord and others that have looked at risk and protective factors for kids. A couple of the protective factors are involvement with another adult who is not a family member, such as a teacher, a Guide leader or a sports coach.

I just came back from a meeting with Big Brothers Big Sisters of Canada and they are looking at putting out a national research agenda because they want to know what happens to kids who are part of their organization. There are many stories about how important a big brother or a big sister was in the life of a little brother. For any service-providing agency to have some data showing what happens is important. It is the whole idea of the cultural shift that we need to collect these numbers to survive.

There is substantial pull within their agency and others because that is not their primary mandate — they do not collect data; they provide a service. When you talk to children, you talk in different ways to a six year old than you might to a 12 year old and to a 15 year old. You might need to communicate the story to some people and the data to other people and both to a third group of people. In terms of survival of agencies, that is important. Something like Girl Guides can be extremely important in someone's life.

Senator Pearson: I will comment about the research on daycares. The Canadian Child Care Federation has put together large amounts of data from various studies. You could likely find what you need from their resources.

What we are trying to set out in the agreements with the provinces through the early childhood care and development is quality, in which is supposed to be incorporated the kinds of standards that will concern our grandchildren.

Much research is available, including pertaining to the engagement of children with special needs and children with disabilities. There is a very large body of research. Good things are being done, in many areas, for example, working with children diagnosed with fetal alcohol syndrome — the kind of work they have been doing in Manitoba and other places — as well as issues around autistic children.

The issue always emerges about education and more parents knowing about what is available and reaching out, and the places where you reach them are to some extent around the birth period, as someone has already mentioned, where somebody knows about a baby being born — a time that you can then begin to do some interventions and give information, a time when parents are prepared to receive it. There is then a kind of vacuum, for two or three years, where there is no natural place for them to get information, unless it is somehow a really attentive parent.

La Dre Lipman : Si nous examinons une autre question : les effets du mouvement des Guides, nous constatons que le Dr Dan Offord et d'autres ont mené des études afin d'évaluer les facteurs de risque et de protection s'appliquant aux enfants. Parmi les facteurs de protection, mentionnons la participation d'un adulte qui ne fait pas partie de la famille, par exemple un enseignant, un chef guide ou un entraîneur de sport.

Je reviens tout juste d'une réunion avec les Grands frères et Grandes sœurs du Canada, qui cherchent à établir un programme national de recherche, lequel permettra de savoir ce qui arrive aux enfants faisant partie de son organisation. Nous avons beaucoup entendu parler de l'importance qu'un grand frère ou qu'une grande sœur peut revêtir dans la vie d'un jeune. Il importe que tous les organismes de services recueillent des données sur ce qui arrive. C'est en raison du changement culturel que nous devons obtenir ces renseignements pour survivre.

Cet organisme et d'autres ne veulent pas s'engager sur cette voie, car ils disent que ce n'est pas vraiment leur mandat : ils ne recueillent pas des données; ils offrent un service. Lorsque nous nous adressons aux enfants, nous ne parlons pas de la même manière avec un enfant âgé de six ans qu'avec un adolescent de 12 ou 15 ans. Vous pourriez avoir à relater l'histoire à certaines personnes et à transmettre les données à d'autres personnes, et faire les deux dans le cas d'un troisième groupe de personnes. En ce qui a trait à la survie des organismes, c'est important. Quelque chose comme les Guides du Canada peut être extrêmement important dans la vie de quelqu'un.

Le sénateur Pearson : Mes commentaires portent sur les recherches relatives aux garderies. La Fédération canadienne des services de garde à l'enfance a compilé beaucoup de données provenant de diverses études. Vous pourriez certainement trouver ce dont vous avez besoin en tirant parti de leurs ressources.

Ce que nous nous efforçons d'établir dans les accords signés avec les provinces relativement aux services de garde à la petite enfance et à l'apprentissage des jeunes enfants, c'est la qualité; en d'autres mots, on doit y intégrer le genre de normes qui s'appliqueront à nos petits-enfants.

Une bonne partie des recherches est accessible, y compris tout ce qui concerne la mobilisation des enfants ayant des besoins spéciaux et des enfants handicapés. Il y a un très grand nombre de recherches. On entreprend de bonnes choses dans de nombreux domaines, par exemple, on travaille avec les enfants diagnostiqués comme souffrant du syndrome d'alcoolisme fœtal — le même genre de travail qui a été effectué au Manitoba et ailleurs —, ainsi qu'auprès d'enfants autistiques.

Nous revenons toujours à l'éducation, et de plus en plus de parents connaissent toutes leurs options et sont sensibilisés, et le meilleur moment où les rejoindre, c'est dans une certaine mesure autour de la période de naissance; comme quelqu'un l'a déjà mentionné, lorsqu'on entend parler d'une naissance, c'est le bon moment pour commencer à mener certaines interventions et à donner de l'information, car c'est une période où les parents sont disposés à recevoir le tout. Il y a ensuite une période creuse de deux ou trois ans, où ils n'arrivent plus à obtenir des renseignements, sauf s'ils sont vraiment très attentifs.

I spoke to a public health nurse the other day who had been working at CHEO. She had worked with babies who fail to thrive. One of the mothers had said to her, "I understood that you only fed a dog once a day, so I thought perhaps you only fed a baby once a day." What a missed opportunity, I thought. Somebody knows about dogs but does not know about babies.

Dr. Goldbloom: I thought Senator Cook hit on a topic of vital importance but one that could be an entire day's discussion — that is, what has happened to the family. The family of 2005 is very different even from the family of 1995.

One of the things that has happened is that families no longer take meals together. I ask families on a regular basis: "How many times a week do you sit down for a meal together?" Sometimes, it is once, sometimes it is not at all, because of television or different work schedules. Sometimes, contracting with a family to start having two or three meals together a week can be one of the most important remedial interventions.

If you look at the architecture of what has happened to the kitchen, it has shrunk progressively. You can now run an entire kitchen with one microwave. It used to be the biggest room in the house — certainly in Newfoundland — where all the kids gathered, did their homework, the meal took mother two or three hours to prepare and that was the conference centre of the family. That no longer exists. We must take this into account.

The other thing I often ask kids in my office is this: "Tell me what you do as a family for fun." I am staggered at how often the instant answer will be "nothing." This is from seven and eight year olds. This emphasizes how much the family is changing.

Finally, Newfoundland only has one child psychiatrist because it is the only province where everyone is normal.

The Chairman: Dr. Goldbloom, let me press you on that. Given what you have just said about the family, is that not completely inconsistent with your comment that you need people trained as family therapists, because in a sense there is not a family?

Dr. Goldbloom: I feel I am doing family therapy when I get them to eat together or get them to have recreational time together. This is family therapy. Unfortunately, we are sitting around here talking about national solutions. I am sure everyone here must know the starfish story. There was a man standing on a seashore that was littered with starfish. Most of the starfish were dead, but the man would pick up the occasional living one and put it back in the ocean. Somebody said to him: "What are you

L'autre jour, je parlais avec une infirmière de santé publique qui travaillait à l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario. Elle travaillait auprès de bébés qui accusaient un retard de développement. L'une des mères lui avait dit : « Je savais qu'on doit nourrir un chien une fois par jour; alors, je me suis dit que c'était peut-être la même chose pour un bébé. » Quel malheur, ai-je pensé. Quelqu'un sait ce qu'il faut faire avec les chiens, mais ne connaît rien aux bébés.

Le Dr Goldbloom : À mon avis, le sénateur Cook a abordé un sujet d'importance capitale, mais dont nous pourrions discuter toute la journée, soit ce qui arrive à la famille. La famille de 2005 est très différente même de la famille de 1995.

Parmi les changements qu'ont connus les familles, mentionnons qu'elles ne prennent plus leurs repas en commun. Je pose régulièrement la question suivante aux familles : « Combien de fois par semaine prenez-vous un repas ensemble? » Parfois, on a précisé le faire une fois par semaine, et parfois, pas du tout, parce qu'on veut regarder la télévision ou qu'on a différents horaires de travail. Il arrive que nous demandions à une famille de commencer à prendre deux ou trois repas par semaine ensemble, ce qui peut être l'une des plus importantes interventions appliquées en vue de remédier à ce problème.

Si vous examinez comment l'architecture des cuisines a évolué, vous remarquerez que celles-ci sont de plus en plus petites. On peut maintenant équiper une cuisine uniquement d'un four à micro-ondes. C'était auparavant la plus grande pièce de la maison — du moins à Terre-Neuve —, où tous les enfants se tenaient et faisaient leurs devoirs; la mère prenait deux à trois heures pour préparer son repas, et la cuisine était le centre de conférence de la famille. Ce n'est plus le cas. Nous devons en tenir compte.

Autre chose : je pose souvent aux enfants qui viennent à mon cabinet la question suivante : « Raconte-moi ce que vous faites en famille pour vous amuser. » Je suis sidéré du nombre de fois où j'obtiens instantanément la réponse suivante : « rien ». Je parle ici d'enfants âgés de 7 et 8 ans. Cela montre à quel point la famille change.

Enfin, Terre-Neuve n'a qu'un seul pédopsychiatre, car c'est la seule province où tout le monde est normal.

Le président : Docteur Goldbloom, permettez-moi de vous poser une autre question à ce sujet. Compte tenu de ce que vous venez de dire au sujet de la famille, vos propos ne sont-ils pas tout à fait contraires à ce que vous avez dit au sujet de l'importance de former des thérapeutes familiaux, car la famille est pour ainsi dire inexistante?

Le Dr Goldbloom : J'estime que c'est de la thérapie familiale lorsque j'amène les familles à manger ou à avoir des loisirs ensemble. C'est effectivement une thérapie familiale. Malheureusement, nous sommes ici pour parler de solutions nationales. Je suis sûr que tout le monde ici doit connaître l'histoire de l'étoile de mer : il était une fois un homme qui se promenait sur une plage recouverte d'étoiles de mer. La plupart étaient mortes, mais l'homme ramassait les quelques-unes qui

doing? That's crazy. There are millions of starfish. How will you help by putting a few back in the ocean?" As he put another one back, he said, "Well, I helped that one."

As individual physicians, we help one family at a time. Helping one family is something in which one can take a personal triumph. There are two different perspectives.

The Chairman: As they say, all politics is local, but so is all the real care. It must be community-based, as Senator Keon was talking about.

Senator Trenholme Counsell: First, I wish to praise what we have in New Brunswick and what I think what we have across the country — that is, Family Resource Programs that are reaching many of our most vulnerable families. This is a program that is funded by the federal government; it is a national program. All of the money that goes into the family resource centres is federal money. We have some opportunity to have influence there and certainly to support what they are doing. Their national conference will be held here in Ottawa in two weeks.

I have visited quite a few of these centres. They are really quite marvellous. They are for parents and pre-school children, and they offer many programs. One of the most remarkable things they offer is outreach programs. If you are in a big city, they go to the high-rise apartments, to the inner city housing developments. If you are in a rural area, they go along the rural roads and to the isolated homes. That is a growing organization and a growing system. It will continue to be valuable. They need information, support and guidance, and they are looking for that.

I am optimistic about our young people. Our young people are returning to some of these values that perhaps have been neglected. Young people want to have good families and good family life and to bring up children well. There is hope.

Dr. Israël: We are talking about values. Right now, we are talking now about protective factors, things that decrease the likelihood of developing mental health problems. I would say that these should be targets of public education as well as professional education. That is easy enough to do on a national scale without investing millions. If we realize that that is one of the causes of problems and for kids going the wrong way, then we can have a campaign about it. It does not necessarily deal with the stigma of mental illness, but it certainly reinforces the value that protects children.

Similarly, to reinforce how families are, right now the best evidence-based treatment for kids with eating disorders is family-based. It involves getting the families to feed the children.

étaient encore vivantes pour les rejeter à la mer. « Que fais-tu? Lui demanda quelqu'un. C'est de la folie. Il y a des millions d'étoiles de mer. Crois-tu vraiment pouvoir faire quelque chose en rejetant quelques-unes d'entre elles à la mer? » Tout en rejetant une autre étoile de mer à l'eau, l'homme répondit : « Eh bien, j'ai au moins aidé celle-ci. »

Chaque médecin aide une famille à la fois. Lorsqu'on arrive à aider une famille, c'est une victoire personnelle à chaque fois. Il y a deux façons bien différentes de voir les choses.

Le président : Comme on dit, la politique est foncièrement locale, mais c'est aussi le cas des vrais soins de santé. Le tout doit être adapté aux besoins de chaque collectivité, comme l'a mentionné le sénateur Keon.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je tiens avant tout à souligner que nous avons au Nouveau-Brunswick et dans le reste du pays aussi, je crois bien, des programmes de ressources pour la famille, qui permettent d'aider bon nombre de nos familles les plus vulnérables. C'est un programme national financé par le gouvernement fédéral. Tous les fonds distribués dans les centres de ressources familiales sont de source fédérale. Nous avons ici l'occasion d'exercer une influence et certainement d'apporter notre aide. Les responsables tiendront une conférence nationale ici à Ottawa dans deux semaines.

J'ai visité pas mal de ces centres. Ils sont vraiment formidables. Ils s'adressent aux parents et aux enfants d'âge préscolaire, et offrent de nombreux programmes. Entre autres choses remarquables, ils offrent des programmes de sensibilisation. Si vous habitez dans une grande ville, les intervenants se rendent dans les tours d'habitation et dans les logements du centre-ville. Si vous habitez dans une région rurale, ils empruntent les routes rurales et vont jusqu'aux maisons isolées. C'est une organisation et un système en pleine expansion. Ce sont des centres qui seront toujours utiles. Ils ont besoin d'information, de soutien et d'orientation, et c'est ce qu'ils recherchent.

J'ai confiance en nos jeunes. Ils se tournent de nouveau vers certaines des valeurs qui ont peut-être été négligées jusqu'ici. Les jeunes veulent avoir une bonne famille et une bonne vie familiale, et ils veulent bien élever leurs enfants. Il y a de l'espoir.

La Dre Israël : Nous parlons de valeurs. En ce moment, nous parlons des facteurs de protection, c'est-à-dire des choses qui réduisent les risques de troubles mentaux. À mon avis, c'est ce que devrait viser tant l'enseignement public que l'enseignement professionnel. On devrait pouvoir le faire assez facilement à l'échelle nationale sans avoir à investir des millions de dollars. Si nous reconnaissons que c'est l'une des causes des problèmes auxquels font face les jeunes et qui peuvent les amener à mal tourner, nous pouvons lancer une campagne à ce sujet. Sans nécessairement permettre d'éliminer la stigmatisation face aux maladies mentales, cela aura au moins pour effet de renforcer les valeurs qui protègent les enfants.

De même, d'après des données probantes, la meilleure façon de traiter actuellement les jeunes souffrant de troubles de l'alimentation consiste à le faire au sein de la famille et ainsi à renforcer le noyau familial. On demande aux familles de bien veiller sur l'alimentation de leurs enfants.

I reinforce your idea that families are essential, but it must be integrated into our curricula when we teach mental health professionals and when we teach the public.

Senator Keon: Dr. Israël stole my thunder. In America, the private schools for kids with learning disabilities have educational programs where the child goes to school for half a day, but for at least a couple of hours a day the parents have to come in and be educated with the child. At the present time, this is reserved for the rich.

Since, we are talking about the family theme and about how important the education system is in the development of children, let me ask the question: Does anyone know where this exists either publicly or privately in Canada, and what is the potential for the introduction of something like that?

Mr. Mussell: In 1970, Indian Affairs began to provide some funds to First Nations to begin to hire their own persons to look after the administration in some programs. What has happened in the 35 years since then, in my experience, working as community development worker — I do various kinds of consulting and teaching and training — is that people in our communities do far less for one another than was the case in 1970.

What that reminds me of is John McKnight's book called *The Careless Society: Community and Its Counterparts*. As I read that book, I thought he was describing life in our First Nations. His basic point is that the more systematic, organized and professional your programs and services become, because of the way in which they are delivered by paid people, the more it displaces what people naturally do with each other because they are family and they care about each other and love each other.

I see that as a reality in our communities because of the extensiveness of programs and services and how the education of those practitioners is being delivered. Too much of what is being delivered, as I see it, is practitioners telling us how to live our lives. They are doing our thinking for us; telling us what to do, when to go to treatment and so on. That does nothing to help people learn how to learn and to take charge of their own capacity building and their own self-determination. That really concerns me.

We need to look critically at how post-secondary education is done and what is being produced as a result of that process.

Ms. Hills: You asked about the most successful relationships and partnerships. Many years ago, before the legislation around tobacco, I worked as a volunteer with an agency that decided we needed to do something about smoking prevention. We pulled together a group of NGOs and worked on smoking prevention and cessation. We involved kids and schools. Many of us had been or were teachers. The coalition was successful because there was no money involved. A group came together that really

Je suis d'accord avec vous : les familles sont essentielles, mais nous devons aussi en tenir compte dans nos programmes d'éducation s'adressant aux professionnels de la santé mentale et au public.

Le sénateur Keon : La Dre Israël m'a coupé l'herbe sous le pied. En Amérique, les écoles privées pour les enfants souffrant de troubles d'apprentissage offrent des programmes éducatifs où l'enfant passe une demi-journée par jour à l'école et où ses parents doivent également être là au moins quelques heures par jour afin de bénéficier aussi de cette formation. À l'heure actuelle, ces programmes sont réservés aux riches.

Comme nous parlons de la famille et de l'importance du système d'éducation pour le développement de l'enfant, permettez-moi de vous poser la question suivante : est-ce que quelqu'un sait où on offre ce genre de programme dans les secteurs public ou privé au Canada, et si on pourrait en lancer d'autres avec succès?

M. Mussell : En 1970, les Affaires indiennes ont commencé à distribuer des fonds aux membres des Premières nations pour qu'ils embauchent eux-mêmes les personnes chargées d'administrer certains programmes. Trente-cinq ans se sont écoulés depuis, et, d'après ce que j'ai pu voir en travaillant comme animateur communautaire — j'offre divers services de consultation, d'enseignement et de formation —, les gens de nos collectivités s'entraident beaucoup moins qu'en 1970.

Cela me rappelle le livre de John McKnight intitulé *La société négligente. La société et ses contrefaçons*. Quand j'ai lu ce livre, j'ai eu l'impression qu'il décrivait le mode de vie de nos Premières nations. Ce qu'il dit essentiellement, c'est que plus nos programmes et services sont systématiques, organisés et professionnels, plus cela dérange — en raison de la manière dont ils sont offerts par les personnes rémunérées pour cela —, ce que les gens devraient faire naturellement les uns pour les autres par instinct familial et par sollicitude ou amour.

À mon avis, c'est ce qui se passe dans nos collectivités en raison du grand nombre de programmes et services offerts et de la manière dont les praticiens s'y prennent pour éduquer ainsi les gens. D'après ce que j'ai pu voir, les praticiens offrant ces programmes et services ont trop tendance à nous dicter des lignes de conduite. Ils pensent pour nous, nous disent quoi faire, quand nous devons suivre une thérapie, et ainsi de suite. Ce faisant, ils empêchent les gens d'apprendre par eux-mêmes, d'utiliser leurs propres capacités et de déterminer eux-mêmes leurs besoins. C'est quelque chose qui me préoccupe beaucoup.

Nous devons jeter un regard critique sur le système d'enseignement postsecondaire et ce qu'il a donné comme résultat.

Mme Hills : Vous m'avez demandé de parler de liens et partenariats particulièrement fructueux. Il y a de nombreuses années, avant qu'on n'instaure la Loi sur le tabac, j'ai fait du bénévolat pour un organisme qui a décidé de militer pour la prévention du tabagisme. Nous avons réuni plusieurs ONG, et, ensemble, nous avons déployé des efforts en vue de lutter contre le tabagisme et de le prévenir. Nous avons mobilisé les jeunes et les écoles. Bon nombre d'entre nous avions été ou étions des

wanted to make a difference. We put the issue in the middle of the table, and everyone brought their own expertise and resources to the table to make something happen. That may not be sustainable, especially today.

The coalition began to fall apart as soon as there was funding, because, as Dr. Manion mentioned earlier, the silos came up and everyone was worried about getting their share and so on. It came back together again when people started to trust each other again, but that took 15 years.

That also leads to the role of the NGO, which Senator Cook mentioned. NGOs and the various charities that are involved are an interesting lot. Rémi Quirion, at the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction, brought together 400 NGOs that are involved in the mental health sector. I was astonished that there were 400 of us that are involved in the mental health sector. Some are much more visible than others, like the Alzheimer's Society, the Parkinsons Society and so on, but there are many very small ones working in the community.

There are a few things that they can do that government organizations and big systems cannot. One is bridging the divide between some of those things. NGOs are often made up of the consumers, people who want resources but do not know how to access them and so on. However, they are also made up of experts in the field. Most NGOs also have doctors, nurses and psychologists working with them. They have the expertise in the community to do things and to bring partners together. We might look at the roles of NGOs and charities in the community, because they can play a very key role. They can also bridge between health, education, social services and so on, and create partnerships that can make things happen locally.

Dr. Manion: I want to speak to the idea of community capacity building. So many natural resources exist in a community and, in the absence of a family — because a family is different than it was — those natural resources within a community become that much more important.

An amazing natural resource in a community is the individuals themselves. They are natural leaders. We keep hearing that one in five youths have mental health problems. That means that four out of five do not. They are on the front line; they are creative, energetic and wanting to engage. We know through the work of the Centre of Excellence for Youth Engagement and the research they have reviewed by many other researchers that engagement is a huge protective factor for physical health as well as mental health.

enseignants. Notre coalition a obtenu de bons résultats parce qu'elle n'était nullement motivée par l'argent. Nous formions tout simplement un groupe qui voulait que les choses changent. Lorsque nous nous réunissions, nous présentions les enjeux à l'ordre du jour, puis chacun contribuait en fournissant son expertise et ses ressources dans le but de faire bouger les choses. Ce n'est peut-être pas une entreprise viable, surtout de nos jours.

La coalition a commencé à se désintégrer dès qu'on a commencé à obtenir du financement, car, comme l'a mentionné plus tôt le Dr Manion, les gens ont alors commencé à se cloisonner et à craindre de ne pas avoir leur part du gâteau, entre autres choses. C'est redevenu comme avant lorsque les gens ont accepté de nouveau de se faire confiance, mais cela a pris 15 ans.

Voilà qui nous amène également à examiner le rôle des ONG, dont a parlé le sénateur Cook. Les ONG et les divers organismes de bienfaisance touchés sont intéressants. Rémi Quirion, de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, a réuni 400 ONG oeuvrant dans le secteur de la santé mentale. J'ai été surprise d'apprendre qu'autant d'ONG comme la nôtre oeuvrent dans ce secteur. Certains d'entre eux sont beaucoup plus visibles que d'autres, par exemple la Société Alzheimer et la Société Parkinson, et il y en a effectivement de très petites dans la collectivité.

Les ONG peuvent faire certaines choses qui sont impossibles pour des organisations gouvernementales et de gros systèmes. Entre autres, ils peuvent combler le fossé qui existe dans certains cas. Les ONG sont souvent composés de consommateurs, de gens qui veulent des ressources, mais qui ne savent pas, entre autres, comment les obtenir. Toutefois, ils sont également constitués d'experts dans le domaine. La plupart des ONG comptent aussi des médecins, des infirmières et des psychologues à leur actif. Ils ont l'expertise nécessaire dans la collectivité pour accomplir des choses et mobiliser les partenaires. Nous devrions peut-être examiner les activités déployées par les ONG et les organismes de bienfaisance dans la collectivité, étant donné le rôle crucial qu'ils peuvent y jouer. Ils peuvent également permettre de jeter des ponts entre les services de santé, les services d'éducation et les services sociaux notamment, ainsi que d'établir des partenariats pouvant faire bouger les choses à l'échelle locale.

Le Dr Manion : Je voudrais parler de l'idée de renforcer les capacités communautaires. Il y a tellement de ressources naturelles dans une collectivité, lesquelles, en l'absence d'une famille — car la famille, ce n'est plus ce que c'était —, deviennent d'autant plus importantes pour la collectivité.

Parmi les grandes ressources naturelles d'une collectivité, nous avons les personnes elles-mêmes. Il y a des chefs-nés. Nous entendons constamment parler du fait qu'un jeune sur cinq souffre de troubles mentaux. Cela signifie que quatre sur cinq n'en ont pas. Ils sont en première ligne; créatifs et dynamiques, ils veulent se mobiliser. Grâce aux travaux du Centre d'excellence pour la participation des jeunes et aux études de bon nombre d'autres chercheurs que celui-ci a passées en revue, nous savons que la mobilisation est un facteur de protection très important pour la santé physique de même que pour la santé mentale.

As we look into the communities again, we have to look at what the natural resources are, and they are not necessarily in our systems. Sometimes it is the coach; sometimes it is the church group; sometimes it is the informal youth group. We have to look at whether there are barriers to engagement that we have to eliminate.

Similarly, we have to look at opportunities for engagement in more formal systems by those who would not be the typical players. I am looking around the room. I do not see a lot of youth, and I know why. It is hard to find the right people at times. How do we look for creative opportunities to allow people to engage who would not otherwise engage? If they are not engaged, there is even more fragmentation. Even if you build a system, they will not engage in it.

Dr. Roberts: One thing that I hear very frequently from grandparents, when they are available, is that we have deskilled our populace. It is a very humbling experience to be told that what I do may in some ways have eroded the skills of the people I am trying to help — the parents. Mr. Mussell talks about resources within, and there is a general sense that the more we have thrown at things the less people have developed the skills to do things. The kids who do well are those who not catered to hand and foot. They do better because they acquire the skills they need to negotiate the curveballs.

Dr. Davidson: With regard to age groups, it creates siloism and competition between age groups when you divide them into groups of zero to six, 7 to 12, and 13 to 18.

I worry that if we were to ask 20 people on the street what they think prevention means, they would say that it means doing something with people who are about zero to three years old, when in fact prevention can happen right across the lifespan. We need to get that point through.

Senator Cochrane: I want to ask you about the rights of the child. Recently, in my home community, a child accused a teacher of pinning him up against a wall. When the child told his father, the father went right to the RCMP. This teacher was dismissed from her position for six months. The matter went to court, although it was thrown out.

How do we deal with this? The child has rights, but professionals have rights as well. It is difficult to draw a line. In some ways, rights of the child has gone a little too far. The child believes that the parent will take their side and go to the police. When I was a child, if I told my parents about a concern at school, my parents would be down my back and take the side of the school system.

Je le répète, lorsque nous examinons les collectivités, nous devons tenir compte de leurs ressources naturelles, qui ne font pas nécessairement partie de nos systèmes. Il peut s'agir parfois d'un entraîneur, parfois d'un groupe confessionnel, et parfois d'un groupe de jeunes non structuré. Nous devons déterminer s'il existe des obstacles à la mobilisation, lesquels devront, le cas échéant, être éliminés.

De plus, nous devons envisager les perspectives de mobilisation dans des systèmes plus officiels par des personnes qui ne sont pas nécessairement les intervenants auxquels on s'attendrait. Je regarde autour de moi, et je ne vois pas un grand nombre de jeunes, ce qui ne me surprend pas d'ailleurs : c'est parfois difficile de trouver les bonnes personnes. Comment créer de nouveaux débouchés, qui nous permettent de mobiliser des personnes qui n'auraient pas voulu le faire sans cela? Si les gens ne veulent pas se mobiliser, nous ferons face à une plus grande fragmentation. Nous aurons beau établir un système, ils ne voudront pas se mobiliser pour autant.

La Dre Roberts : Lorsqu'on peut les rejoindre, les grands-parents disent très souvent, entre autres, que nous avons réduit les compétences de nos gens. C'est toute une leçon d'humilité que de se faire dire que ce qu'on fait pour aider les gens — les parents —, a en fait réduit leurs compétences. M. Mussell parle de ressources internes, et on est généralement d'avis que, plus nous avons donné des choses, moins les gens ont su perfectionner leurs compétences. Les jeunes qui réussissent bien sont ceux qui n'ont pas toujours eu tout cuit dans le bec. Ils réussissent mieux parce qu'ils ont acquis les compétences requises pour s'en sortir même en période difficile.

Le Dr Davidson : En outre, cela crée un cloisonnement et de la concurrence entre les jeunes de différents groupes d'âge lorsqu'on les divise en groupes de zéro à six ans, de 7 à 12 ans, et de 13 à 18 ans.

Je me demande ce que les gens répondraient si on demandait à vingt personnes dans la rue ce que signifie pour eux la prévention : je crains qu'ils diraient que ce sont des mesures s'adressant aux enfants de trois ans et moins, alors qu'en fait la prévention peut s'appliquer tout au long de la vie. Nous devons faire comprendre cela aux gens.

Le sénateur Cochrane : Je tiens à vous poser une question au sujet des droits de l'enfant. Récemment, dans la collectivité d'où je viens, un enfant a accusé une enseignante de l'avoir acculé contre un mur. Lorsque l'enfant a raconté cela à son père, ce dernier a tout de suite communiqué avec la GRC. Cette enseignante a été démise de ses fonctions pendant six mois. L'affaire a été portée devant les tribunaux, mais un non-lieu a été prononcé.

Comment est-ce que nous composons avec cela? L'enfant a des droits, mais les professionnels aussi. C'est difficile de savoir où s'arrêter. De certains côtés, l'enfant a peut-être maintenant trop de droits. L'enfant s'attend à ce que ses parents le croient sur parole et appellent tout de suite la police. Lorsque j'étais enfant, si je racontais à mes parents quelque chose qui s'était passé à l'école et qui me préoccupait, ils me corrigeaient et se rangeaient du côté du système scolaire.

Senator Pearson: Long before children's rights were recognized, I had to deal with parents complaining in the school. Rather than having to do with rights, I think it has more to do with the dynamics and the systems we set up to deal with an issue. In the case you cited, there presumably was an inadequate system for screening the complaint. A lot of children have felt entitled forever.

Senator Cochrane: There are situations with social services people, who are not always conducive to ironing out a problem. They take the side of the child. I have seen that happen, and just recently. I realize that in some parts of Europe the child has rights from the time they are born and know what their rights are. I should like to do some research on that, to find out whether the European children have had problems of this sort in their whole lifestyle.

It would have been nice to have had a dietician here today. Many parents do not know the right foods. Often, children will not need medication if they are served the right foods. For instance, often children cannot sleep if they are served chocolate at night. There are parents who do not care about that. How can children think in school during the day if they cannot sleep at night?

I know we have the Canada's Food Guide. We have had that for years in our health system. Canada's Food Guide has gone by the wayside. The food guide was prominent in years past. The teachers were teaching us first class, but lately — over the last five years — it is something that is not prominent any longer.

I know curriculum is a provincial jurisdiction. We have to change curriculum. We can change our biology and health classes to include mental health in many ways. It has come to the point now where we have to look at the curriculum. Even though it is a provincial jurisdiction, perhaps all of us can do something here in regards to the curriculum.

Has anybody heard of the program in Toronto called Roots of Empathy? Is it in New Brunswick as well? I want to get some idea as to your assessment of it.

Ms. Whitenect: Yes. When I gave some points, Roots of Empathy was one of my examples, but I did not elaborate on it. We do have programs like that going into schools, but often they are an add-on and need to be advocated. Yes, there will be superintendents and districts and principals that will welcome the program into the school. In New Brunswick, we have the program in region 2, which happens to be open to that; we have tried in other regions, but with no success. It is about people understanding the importance of that. Everyone has talked about the importance of mental health being everyone's concern, and not just the mental health clinic or health department's concern. Everybody has a role to play.

Le sénateur Pearson : Bien avant qu'on reconnaisse les droits des enfants, j'avais à composer avec des parents qui se plaignaient de certaines choses à l'école. Je crois que cela concerne non pas tant les droits des enfants que la dynamique et les systèmes établis pour résoudre les problèmes. Dans votre cas, j'imagine qu'il n'y avait pas de systèmes adéquats pour l'examen des plaintes. Bon nombre d'enfants avaient l'impression d'avoir désormais tous les droits.

Le sénateur Cochrane : Dans certains cas, les responsables des services sociaux ne peuvent résoudre le problème. Alors, ils se rangent du côté de l'enfant. J'ai déjà vu cela arriver, et même tout récemment. Je me rends compte que, dans certaines régions d'Europe, l'enfant a des droits acquis dès sa naissance, et tous les enfants connaissent leurs droits. J'aimerais effectuer des recherches à ce sujet, afin de déterminer si les enfants européens ont connu des problèmes de ce genre durant leur vie.

Ça aurait été bien d'avoir un diététiste avec nous aujourd'hui. Bon nombre de parents ne savent pas comment nourrir leurs enfants sainement. Souvent, les enfants n'auraient pas besoin de médicaments s'ils mangeaient des aliments sains. Par exemple, souvent, les enfants n'arriveront pas à dormir si on leur donne du chocolat le soir. Certains parents ne s'en font pas pour ça. Comment est-ce que les enfants peuvent se concentrer à l'école pendant la journée s'ils n'arrivent pas à dormir le soir?

Je sais que nous avons le Guide alimentaire canadien. Nous l'avons depuis des années dans notre système de santé. Il est maintenant un délaissé. Il était populaire auparavant. Les enseignants nous le montraient dès la première année, mais récemment — au cours des cinq dernières années — il est devenu de moins en moins populaire.

Je sais que les programmes d'études sont la responsabilité du gouvernement provincial. Nous devons les modifier. Nous pourrions modifier le contenu des cours de biologie et de santé pour y inclure différentes notions sur la santé mentale. Nous en sommes arrivés au point où nous devons examiner les programmes d'études. Même si cela est de ressort provincial, nous pourrions peut-être tous faire quelque chose au sujet des programmes d'études.

Est-ce que quelqu'un a entendu parler du programme à Toronto appelé Racines de l'empathie? Est-il offert également au Nouveau-Brunswick? J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Mme Whitenect : Oui. Lorsque j'ai présenté certains points, j'ai donné ce programme en exemple, mais je n'ai pas élaboré sur la question. Nous avons des programmes de ce genre dans les écoles, mais il s'agit souvent de programmes supplémentaires qui doivent faire l'objet de promotion. Oui, certains administrateurs en chef, responsables de district et directeurs d'école accepteront d'offrir le programme à l'école. Au Nouveau-Brunswick, le programme est offert dans la région 2, laquelle est justement ouverte à cette idée; nous l'avons essayé dans d'autres régions, mais sans succès. C'est parce que les gens n'en saisissent pas l'importance. Tout le monde a parlé de l'importance de la santé mentale et du fait que cela devrait préoccuper non seulement les cliniques de santé mentale ou le ministère de la Santé, mais bien tout le monde. Nous avons tous un rôle à jouer.

We talk about self-esteem. I do not know if anyone wants more information, but Roots of Empathy is a program where they bring young children into grade 2 classes and the children see the mother and/or father, often it is mother, and child interact. The students are exposed to the baby being very vulnerable and how you have to pay attention to that child. Young children get to have a different understanding of that kind of attachment and connection. Much of the early childhood stuff is looking at attachment. We have to caution again to make this a continuum, so it does not happen at a certain phase and period, so we are able to keep recognizing those things. Again, across the board, it cannot just become those that are willing to engage in this process. Somehow we say we have to engage because of the relevance.

The Chairman: In Halifax, we will here from Roots of Empathy.

Mr. Mitchell: Mary Gordon will be in the Niagara Falls region next Saturday at a parenting conference being hosted by Brock University talking about Roots of Empathy connecting parenting and the school and kids in an empathic way. Part of what she is up to has a rights component in it. I have talked to her about this and looked at that piece of it. She does not find it incongruent with working with kids in the context of the school.

I do want to come back to the point you made earlier about the sense that professionals working with kids feel threatened by kids knowing about rights. I liked Dr. Van Daalen's point from Holland that when kids are educated about rights they see that everyone has rights and it is not excluding anyone. That is important for professionals working with kids. Adults know about rights and we know about the law, but I have found that kids do not know they have rights and the adults working with kids do not know what those rights really mean or what they indicate. Certainly, grabbing a kid and putting them against the wall, that is a fundamental violation of rights and it is illegal. If indeed those allegations had substance, then it deserved to be in front of the Mounties.

Senator Cochrane: It did not happen.

Mr. Mitchell: That would be something that would be sorted out in a legal way, I would argue, and could be mediated by an understanding of rights and how they work.

I want to bring forward a young man that was in some research I did in Victoria using the convention and a public awareness campaign. This young man was in my home as a foster son for a couple of years and then became a co-participant in my research program and is now in his mid-twenties. He is my friend. We have passed through the stages of being a service provider and power

Nous parlons d'estime de soi. Je ne sais pas si vous voulez de plus amples renseignements, mais Racines de l'empathie est un programme où on amène des jeunes enfants dans des classes de deuxième année et où les enfants peuvent voir leur mère ou leur père, bien que ce soit souvent la mère, et où l'enfant peut interagir. Les élèves apprennent qu'un bébé est très vulnérable et qu'il faut bien s'en occuper. Les jeunes enfants acquièrent une nouvelle compréhension de ce genre de sentiment d'attachement ou de lien. La majeure partie de ce qui porte sur les jeunes enfants traite de ce sentiment d'attachement. Là encore, nous devons veiller à ce que cela se fasse non pas au cours d'une certaine phase ou période, mais de façon continue afin que nous puissions reconnaître ces choses. Je le répète, cela doit se faire dans tous les secteurs, car il ne faut pas que ce soit seulement les personnes disposées à le faire qui participent au processus. Nous devons obtenir l'engagement de tous d'une façon ou d'une autre en raison de la pertinence de ce programme.

Le président : À Halifax, nous devons recevoir le témoignage des responsables du programme Racines de l'empathie.

M. Mitchell : Mary Gordon doit se rendre dans la région de Niagara Falls samedi prochain pour assister à une conférence sur le rôle parental, accueillie par l'Université Brock, où on doit parler du programme Racines de l'empathie, qui permet de relier les parents, l'école et les enfants de façon empathique. Ce qu'elle préconise touche entre autres la question des droits de l'enfant. J'ai discuté avec elle à ce sujet, et nous avons examiné cet aspect. Elle ne croit pas que ce soit inconciliable avec l'idée d'œuvrer auprès des enfants dans le contexte scolaire.

Je ne tiens pas à revenir sur le point que vous avez soulevé tout à l'heure, au sujet du fait que les professionnels œuvrant auprès des enfants peuvent se sentir menacés à l'idée que ces derniers connaissent trop bien leurs droits. J'ai bien aimé ce qu'a dit la Dre Van Daalen, de Hollande, au sujet du fait que, lorsque les enfants apprennent à connaître leurs droits, ils se rendent compte que tout le monde sans exception en a. C'est important pour les professionnels œuvrant auprès des enfants. Les adultes connaissent leurs droits et tout ce qui concerne la loi, mais j'ai constaté que les enfants ne savent pas qu'ils ont des droits, et que les adultes œuvrant auprès des enfants ne savent pas réellement en quoi consistent ces droits et ce qu'ils signifient. De toute évidence, attraper un enfant et l'acculer contre un mur, c'est une violation fondamentale de ses droits, sans compter que c'est illégal. Si ces allégations étaient fondées, cela justifiait l'intervention de la GRC.

Le sénateur Cochrane : Ça n'est pas arrivé.

M. Mitchell : C'est quelque chose qui devrait être déterminé par un processus juridique, il me semble, et qui pourrait faire l'objet d'une médiation fondée sur une connaissance des droits respectifs et de leur application.

Je voudrais vous parler d'un jeune homme qui a participé à certaines recherches que j'ai menées à Victoria dans le cadre de la Convention et d'une campagne de sensibilisation publique. J'ai élevé ce jeune homme en tant que fils d'accueil pendant quelques années, puis il a accepté de participer à mon programme de recherche; il est maintenant au milieu de la vingtaine. Il est mon

relationship into this collegial place. Bo was part of a symposium we had on children's rights out there. As all foster kids that came to my home, I gave them a little blue book. In the first two weeks, Bo peeled through this thing and learned every aspect of it. He went into the school and said that article 15 says that I have the right to privacy. I do not want you to ever tell my foster parent whether I have been to school or not.

The principal phoned me up and said that according to the rights of the child he could not tell me whether Bo has been to school or not. I learned something about how rights work in your own home. I felt like a little knowledge would have gone a long way because there are a lot of other rights in there than the right to privacy.

I will close this with a statement that Bo made years later. He was 15 when that event occurred, and when he did the research with me he was 19. He said: "When Richard talked to me about the Convention on the Rights of the Child, I understood it as a weapon and I used it as a weapon, but now I understand it is a tool." That is one of the most profound things I have heard anyone say about this document.

Dr. Israël: I wanted to speak to the nutrition issue. The Public Health Department in Montreal put out their 2004-05 report on the health, including mental health, of children in Montreal, including their habits and perception of their life. Because I specialize in eating disorders, I went right to the sections on eating, activity and body dissatisfaction, and I learned that only 30 per cent of adolescents in Montreal eat fruits and vegetables at least once a day, that four out of 10 have at least one soft drink and three quarters of kids go out for fast food at least once a week. Again, four out of 10 have chips every day.

In terms of body dissatisfaction, I learned that by fourth grade 43 per cent are dissatisfied. By secondary five, 60 per cent are dissatisfied, and 40 per cent of those are on diets or trying to do something about it.

What I know about eating is that the media is much more powerful than parents or teachers in telling kids what to eat and addicting them to substances like soft drinks and chips and foods with high sugar content like Cocoa Puffs and things like that. What Canada's Food Guide tells you is not very exciting compared to all those palatable, easy to eat, easy to access foods. We need to control access to that or the power these companies have to reach our children when they are only two years old sitting in front of their TVs watching *Sesame Street*. If

ami. Nous avons passé le stade de la relation de pouvoir qui existe entre une partie offrant un service et une partie en bénéficiant pour nous retrouver dans ce milieu universitaire. Bo participait à un symposium sur les droits des enfants qui se tenait là-bas. Comme je l'ai fait avec tous les enfants d'accueil qui ont habité chez moi, je lui donnais un petit livre bleu. Deux semaines après son arrivée, Bo avait passé en revue ce petit livre et en avait appris tous les aspects. À l'école, il a déclaré que, en vertu de l'article 15, il avait droit au respect de sa vie privée. Il a ajouté qu'il ne voulait pas que personne ne dise à son parent d'accueil s'il était allé à l'école ou non.

Le directeur a téléphoné pour me dire que, en vertu des droits de l'enfant, il ne pouvait pas me dire si Bo avait été à l'école ou non. J'ai appris comment les droits s'appliquent dans son propre foyer. J'avais l'impression que ces quelques connaissances feraient leur chemin, car il y avait encore beaucoup d'autres droits en plus du droit au respect de la vie privée.

J'aimerais conclure par quelque chose que Bo a dit des années plus tard. Il avait 15 ans lorsque cet événement s'est produit, et il en avait 19 lorsqu'il a participé aux recherches avec moi. Il m'a dit : « lorsque Richard a parlé de la Convention relative aux droits de l'enfant, j'ai compris que j'avais ici une bonne arme et je m'en suis servi comme telle, mais je comprends maintenant que c'est un outil. » C'est l'une des choses les plus profondes qu'on m'ait jamais dites au sujet de ce document.

La Dre Israël : Je tiens à parler de la nutrition. Le ministère de la Santé publique à Montréal a publié son rapport de 2004-2005 sur la santé, dont la santé mentale, des enfants à Montréal, y compris leurs habitudes et la perception qu'ils ont de leur vie. Comme je suis spécialisée en troubles de l'alimentation, j'ai passé directement aux sections sur l'alimentation, l'activité et l'insatisfaction face au corps, et j'ai appris que seulement 30 p. 100 des adolescents à Montréal mangent des fruits et des légumes au moins une fois par jour, que quatre adolescents sur dix boivent au moins une boisson gazeuse et que les trois quarts des jeunes s'achètent des repas rapides au moins une fois par semaine. Et c'est encore quatre adolescents sur dix qui mangent des croustilles tous les jours.

En ce qui a trait à l'insatisfaction face au corps, j'ai appris que, en quatrième année, 43 p. 100 des élèves ne sont pas satisfaits de leur corps. En secondaire cinq, 60 p. 100 des élèves sont insatisfaits, et 40 p. 100 d'entre eux suivent un régime ou essaient de faire quelque chose à cet égard.

Ce que je sais au sujet de l'alimentation, c'est que les médias arrivent beaucoup plus que les parents ou les enseignants à persuader les jeunes de manger telle ou telle chose, les habituant à boire des boissons gazeuses entre autres et à manger des croustilles et des aliments très sucrés comme les Cocoa Puffs, et j'en passe. Ce que le Guide alimentaire canadien recommande n'est pas très excitant par rapport à tous les aliments goûteux, faciles à manger et faciles à trouver que présentent les médias. Nous devons contrôler l'accès des enfants à ces produits ou

we want to change the eating habits of Canadians, we will have to get involved to fight organizations that have a lot more money than parents.

Senator Cochrane: Those companies.

Dr. Israël: Yes.

We also have to be concerned about where money goes. The talk I heard last week was that farmers who farm corn are getting more funds and the corn is being turned into corn syrup, which goes into most soft drinks and fast foods.

The other point is that we saw that body image dissatisfaction doubled between fourth grade and secondary five, which means there is a chance to intervene in between. These are very vulnerable years. As kids get older, they are vulnerable to different things; therefore, we must keep intervening right up to the granny years.

Dr. Van Daalen: I will go back to the children's mental health question about zero to three. If we are talking about infant mental health, or children that are zero to three, we are really talking about women's mental health and women's health, and hopefully men as well. Hopefully, they are involved and that we can create a society that embraces that more.

We need to name that, because the other practice that has gone unnamed today is the pervasive practice of mother blaming in children's mental health. What is wrong with mother? How is mother contributing to this? What is missing? Sometimes, it invites dialogue with the father or the partner, or it does not.

We need to remember the story about the dumpster babies in the U.S. and the states that enacted policy that made it safe for women or men to bring their babies to a hospital and drop them off as opposed to in a dumpster. I realize this is quite a violent example. However, they had from 200 or 300 down to almost zero babies dead or babies left in dumpsters. We need to make it safe for mothers or fathers to come forward when they are struggling and be able to say that they are struggling, that they cannot do this, that they are depressed or addicted, that there is violence in the home. There needs to be a non-punitive way for them to come forward and ask for help. We cannot talk about zero to three without talking about what happens when men and women come forward.

Senator Cook: The complexity of change is going to be forever thrust upon us and we have to manage it. If you put that aside, my question is this: For this particular continuum of care, be it education, management of mental health or wellness, do you think that one of the ways is through a community health service, with a staff of whoever needs to be there, be it a nurse

empêcher ces entreprises d'influer sur eux dès l'âge de deux ans lorsqu'ils regardent *Sesame Street* à la télévision. Si nous voulons que les Canadiens changent leurs habitudes alimentaires, nous devons participer aux activités déployées par des organismes de lutte qui ont beaucoup plus d'argent que les parents.

Le sénateur Cochrane : Ces entreprises.

La Dre Israël : Oui.

Nous nous demandons également où l'argent s'en va. J'ai entendu dire la semaine dernière que les agriculteurs qui récoltent du maïs reçoivent davantage de fonds, et que ce maïs sert à faire du sirop de maïs, l'un des ingrédients de la plupart des boissons gazeuses et des aliments rapides.

L'autre point, c'est que nous avons vu que l'insatisfaction face au corps doublait entre la quatrième année et le secondaire cinq, ce qui signifie qu'on pourrait intervenir entre temps. Durant ces années-là, les jeunes sont très vulnérables. À mesure qu'ils grandissent, ils sont vulnérables à différentes choses; par conséquent, nous devons intervenir tout au long de leur vie.

La Dre Van Daalen : J'aimerais revenir à la question de la santé mentale chez les enfants âgés entre zéro et trois ans. Si nous parlons de la santé mentale des nouveau-nés ou des enfants âgés entre zéro et trois ans, nous parlons en fait de la santé mentale et de la santé physique des femmes, et, espérons-le, des hommes aussi. Ils devraient participer, de sorte que nous puissions créer une société plus engagée.

Nous devons désigner cela, car l'autre pratique qui n'a pas été désignée aujourd'hui, c'est celle, très répandue, qui consiste à blâmer la mère lorsque ses enfants souffrent de troubles mentaux. Qu'est-ce qui ne va pas avec la mère? Quelle est la part de responsabilité de la mère dans tout ça? Qu'est-ce qui manque? Parfois, on ouvre le dialogue avec le père ou le partenaire, mais on ne le fait pas toujours.

Nous devons nous rappeler l'histoire des bébés-poubelle aux États-Unis, et celle des États qui ont adopté une politique permettant aux femmes ou aux hommes d'apporter leur bébé à l'hôpital et de s'en aller aussitôt sans risque de représailles, afin d'empêcher les gens de mettre leur bébé dans une benne à ordures. Je me rends compte que c'est un exemple assez violent. Toutefois, cela leur a permis de réduire de 200 ou 300 et presque d'éliminer le nombre de bébés morts ou trouvés dans une benne à ordures. Nous devons veiller à ce que les mères ou les pères se sentent tout à fait à l'aise de le dire lorsqu'ils éprouvent des difficultés, qu'ils n'arrivent pas à faire ça, qu'ils sont déprimés ou toxicomanes, et qu'il y a de la violence à la maison. Il faut trouver un moyen non punitif, qui permet de s'assurer qu'ils n'hésitent pas à demander de l'aide. Nous pouvons parler des enfants entre zéro et trois ans en taisant ce qui arrive aux hommes et aux femmes qui soumettent leurs problèmes.

Le sénateur Cook : Nous serons toujours confrontés à la complexité des changements, et nous devons composer avec elle. Cela dit, ma question est la suivante : pour cette gamme de soins en particulier, que ce soit dans les domaines de l'enseignement ou de la gestion de la santé mentale ou du bien-être, croyez-vous que la solution réside entre autres dans les services de santé

practitioner, a visiting psychiatrist, a psychologist or a nutritionist? For me, where I live, which I consider to be a rural part of Canada, we have to be realistic with the level of professionals that are available; we have to use whatever services we have available, such as the local Girl Guide leader who takes someone out for a walk.

I will close on this: When we decided that mental health institutions no longer needed to keep people, that they should be part of the community, we put them out without adequate supports. I became part of a group — we are 25 years old this year — who said we cannot stand to see those people on the street with no supports. They have a bed in a boarding house and life is pretty dim. We have been underfunded. Through that process, we now have a program that invites nursing students, social workers, and parks and recreation people — whoever we can find. Born out of necessity has come a need. There are even kids who come in. It is consumer-driven. We have about 95 or 100 a day. I live in a small city compared to Toronto, and it works. The answer in most cases is going to be within ourselves, notwithstanding the critical concerns of mental illness.

I know that first-hand. I have a daughter who suffered anorexia for three and a half years after the death of her father. She cured herself with the aid of a dietician and a psychologist, and with her mother keeping her mouth shut, if you can believe it, Mr. Chairman. That is a success story. She is the mother of two today and thank God for her.

I knew that I could only contribute by being still. I did not have the skills. Your professions did it for her. We have to know where our strengths are. I am still convinced that, at least in my corner of the world, the community health center will be the conduit where we can help the most.

Senator Keon: Dr. Van Daalen, I want to explore with you the concept of parenting. Since Senator Cook is able to talk about her kids, I think I should be able to talk about mine. I have one daughter. Her career is just as taxing as mine was at her age, and she is in the same profession. The only difference is that my three children were looked after by my wife. My daughter has had three children, and it has interfered somewhat with her career, but she has done a pretty good job. Her husband is very understanding and is in the same profession.

When I talk to her about this, she tells me that my thoughts are archaic on this. The important thing is parenting. Motherhood is long gone. The important thing is parenting. Whether our grandchildren get that from her or her husband, or whether they get it from granny and grandpa, she says it does not matter at all. A whole generation in England has grown up in this way, she says, and she is not the least bit concerned about this.

How do you handle that?

communautaires, assortis des employés requis, que ce soit une infirmière praticienne, un psychiatre visiteur, un psychologue ou un nutritionniste? Là où j'habite, que je considère une région rurale du Canada, j'estime que nous devons être réalistes et tenir compte du nombre de professionnels accessibles; nous devons utiliser tous les services à notre disposition, par exemple, la chef guide locale, qui peut amener quelqu'un en promenade.

Je conclurais avec ceci : lorsque nous avons décidé que les institutions de santé mentale n'avaient plus besoin de garder les gens en leur sein, que ceux-ci devraient faire partie de la collectivité, nous les avons laissés sortir sans soutien adéquat. Je me suis jointe à un groupe — qui a 25 ans cette année —, qui estimait que nous ne devions pas laisser ces gens dans la rue sans soutien. Ils ont une chambre dans une pension de famille, et leur vie est assez ennuyeuse. Nous ne recevons pas de fonds suffisants. Grâce à ce processus, nous offrons maintenant un programme qui nous permet d'inviter des étudiantes en sciences infirmières, des travailleurs sociaux et des responsables de services de parcs et loisirs — toutes les personnes que nous pouvons trouver. Par nécessité, un besoin s'est créé. Même des jeunes viennent nous voir. Nos services sont axés sur les clients. Nous recevons de 95 à 100 personnes par jour, environ. J'habite dans une petite ville, si on la compare à Toronto, et ça fonctionne. Dans la plupart des cas, la réponse se trouve à l'intérieur de nous, en dépit des grandes préoccupations relatives aux maladies mentales.

Je le sais d'expérience. Ma fille a été anorexique pendant trois ans et demi après la mort de son père. Elle a guéri avec l'aide d'un diététiste et d'un psychologue, et sa mère a su se taire, croyez-le ou non, monsieur le président. Elle s'en est sortie. Elle a maintenant deux enfants, et je remercie le ciel qu'elle aille bien.

Je savais que la meilleure façon pour moi de l'aider était de rester bien tranquille. Je n'avais pas les compétences. Ce sont des professionnels qui l'ont aidée. Nous devons savoir où se trouvent nos forces. Je suis toujours convaincue que, du moins dans mon coin du monde, le centre de santé communautaire restera le meilleur moyen d'aider les gens.

Le sénateur Keon : Docteur Van Daalen, je voudrais explorer avec vous le concept du rôle parental. Comme le sénateur Cook a parlé de ses enfants, je me permettrai de faire de même. J'ai une fille. Sa carrière est aussi exigeante que la mienne l'était à son âge, et elle est dans la même profession. La seule différence, c'est que j'avais ma femme pour s'occuper de mes trois enfants. Ma fille a trois enfants, ce qui a rendu les choses un peu plus difficile du côté professionnel, mais elle s'en est très bien sortie. Son mari est très compréhensif, et il travaille dans la même profession.

Lorsque je parle avec elle à ce sujet, elle me dit que je suis trop vieux jeu. L'important, c'est le rôle parental. Le rôle de mère à part entière est révolu depuis longtemps. L'important, c'est le rôle parental. Selon elle, que ce soit elle ou son mari, ou bien la grand-maman et le grand-papa, qui assume ce rôle pour nos petits-enfants, cela importe peu. Toute une génération en Angleterre a grandi de cette façon affirme-t-elle, ce qui ne la préoccupe d'ailleurs aucunement.

Qu'en pensez-vous?

Dr. Van Daalen: Well, she has not called me yet.

We are talking about what a traditional family is and who is working and who is not. My point was that we need to make it safe for families — however they are constructed — to be able to come to forward and say that they are overextended, or that their default is to hit, or that they find themselves putting them down the way they were put down. What parents are telling me is that when they do come forward it is actually the exception, that they are looked at for their strengths, that they are affirmed, that they are treated with dignity, and that shrouding forces people back into silence and secrecy.

I know I am not addressing your issue about who should be at home and who is working and all those struggles that today's modern women face. I think that has an impact on women's mental health by the way — all the expectations that are wrapped around doing it all and being it all. However, my point is that we need to create more spaces like those that you provide here, where people can come forward in a shame-free zone.

Senator Keon: You are avoiding my question, and the next time I have an argument with her I want to win.

What about the concept of parenting as opposed to the concept of motherhood that we grew up with?

Dr. Manion: You do not have to be a parent to parent. In talking about community development and that it takes a community or village to raise a child we need to have a common view of what appropriate child-rearing means. There is a collective in that. If you are looking at mothers versus fathers, there is data now that suggests that the impact of fathers is tremendous, particularly during the adolescent years.

To put all the parenting responsibility on one individual is inappropriate. Maybe we are more progressive now. That means that there are different targets for our parenting efforts in terms of teaching parenting. You do not just teach parenting to mothers; you need to teach parenting to fathers and to entire communities, and to teachers and to nursery school providers.

If you have children that have mental health concerns, very often you are dealing with parents who have mental health concerns. The parenting advice or the recommendations, in that sense, also have to be delivered or supported in a different way, and that leads us to understand a more holistic view of what parenting means.

Parenting is also affected by culture. If you have a way of teaching parenting, you better understand the cultural values in a given community or you might actually turn people off from wanting to receive the advice that could make their situation better.

La Dre Van Daalen : Eh bien, elle ne m'a toujours pas téléphoné à ce sujet.

Nous parlons de ce qui constitue une famille traditionnelle, et de la personne qui travaille et de celle qui ne travaille pas. Ce que j'essayais de dire, c'est que nous devons faire en sorte que les parents — quelle que soit la composition de la famille — n'aient pas peur de révéler qu'ils sont surchargés, ou qu'ils en viennent parfois à frapper ou à humilier leurs enfants, comme leurs propres parents l'avaient fait avec eux. Les parents me disent que, en fait, ils s'ouvrent rarement de la sorte, car ils préfèrent montrer qu'ils sont forts et sûrs d'eux et dire qu'ils sont traités avec dignité, s'emmurant dans le silence et le secret.

Je sais que je ne réponds pas directement à votre question, soit de savoir qui devrait rester à la maison et qui devrait aller travailler, bref, tous les problèmes auxquels la femme moderne doit faire face de nos jours. Je crois que cela a eu un impact sur la santé mentale des femmes, soit dit en passant — en raison de toutes les attentes associées au fait de vouloir tout faire et d'assumer tous les rôles. Toutefois, j'estime que nous devons prévoir des mécanismes comme celui que nous offrons ici, où les gens peuvent parler ouvertement et sans honte.

Le sénateur Keon : Vous tournez autour du pot, mais je voudrais bien gagner la prochaine fois que je débats de cette question avec elle.

Qu'en est-il du concept du rôle parental, par opposition au concept de la mère au foyer, qui a déterminé la manière dont j'ai été élevé?

Le Dr Manion : On n'a pas besoin d'être parent pour assumer ce rôle. Lorsqu'on parle de développement communautaire et du fait que ça prend une collectivité ou un village pour élever un enfant, on doit s'entendre sur ce qu'on estime être une bonne façon d'élever les enfants. Cela doit se faire de façon collective. Si on compare le rôle de la mère par rapport à celui du père, des données révèlent maintenant que l'impact du père est énorme, notamment au cours de l'adolescence.

Le rôle parental ne devrait pas incomber à une seule personne. Peut-être que nous sommes plus progressistes maintenant. Cela signifie qu'on doit enseigner ces compétences à un plus large éventail de gens. On doit l'enseigner non pas seulement aux mères, mais aussi aux pères et à l'ensemble de la collectivité, ainsi qu'aux enseignants et aux monitrices de garderie éducative.

Lorsqu'on s'occupe d'enfants qui souffrent de troubles mentaux, on doit très souvent composer avec les parents ayant également des troubles mentaux. Dans ce cas, on doit fournir des recommandations ou des conseils différents au sujet de leur rôle parental et les aider à l'assumer par d'autres moyens, ce qui nous amène à voir ce rôle de façon plus holistique.

Le rôle parental varie aussi d'une culture à une autre. Si vous devez enseigner ce que c'est que d'être parent, vous devez mieux comprendre les valeurs culturelles de la collectivité touchée; sinon, vous risquez en fait de vous mettre les gens à dos, de sorte qu'ils ne voudront pas écouter les conseils que vous avez à leur donner pour les aider à améliorer leur situation.

Ms. Whitenect: I just want to expand on that point. When you said families ask for help, sharing the concept of parenting is key. It is not just about the parents, it is about other community partners.

The other piece is that, when we talk about children, it goes hand in hand with child protection. We have to look at proactive child welfare. We have to look at legislation around child protection because it is not just the family. It is about how we project that as a community piece.

This relates to the 16-to-19 group we talked about. I hate to harp on that, but it has been such a huge issue. There is child protection legislation for those 16 and under; for those 19 and over, there is adult protection legislation. However, for the 16-to-19 group, they have no protection.

The Chairman: What is the solution to that? Do you want the 16 moved up or the 19 moved down?

Ms. Whitenect: Either way you do it is fine, as long as we have some protective factors, some ability to intervene.

The Chairman: Just close the gap?

Ms. Whitenect: Exactly, recognizing that this is a crucial time. We need to constitute a family for them, provide a family for them, but there is no way we can do that legislatively. Mental health is not legislated, so we are stuck between a rock and hard place.

Senator Pearson: I have two or three things I want to put on the table. With respect to your immediate question, the Youth Criminal Justice Act is under 18. The Convention on the Rights of the Child is under 18. That should be the universal, and we should do that right across the country. It would address the gap; it has a logic of its own.

One of the issues I wanted to raise was to help the researcher with some ideas. With respect to violence in health, we have been bringing this up to some extent already in terms of the mental health of women and so on as the parent.

The WHO World Report on Violence and Health is excellent. I am coordinating a meeting in early June on children as victims of violence. The violence issue is a powerful component of children's mental health now. Unless we address that, we will have difficulties. When you come across stories of people killing their babies out of revenge against the other partner — stores that have come out in the last two or three weeks — we have some real issues to deal with.

Mme Whitenect : Je voudrais élaborer sur ce point. Vous avez parlé des familles qui demandent de l'aide; à cet égard, je dirais qu'il est essentiel de se partager le rôle parental. Cela concerne non seulement les parents, mais aussi d'autres partenaires communautaires.

Autre chose : lorsque nous parlons des enfants, cela va sans dire que nous devons aussi aborder la question de leur protection. Nous devons envisager des mesures proactives visant à garantir le bien-être des enfants. Nous devons examiner les dispositions législatives relatives à la protection de l'enfance, car cela ne concerne pas uniquement la famille. Il s'agit de l'image que nous projetons en tant que collectivité.

Cela nous ramène au problème des jeunes âgés de 16 à 19 ans, dont nous avons parlé. Ce n'est pas pour rabâcher, mais c'est une question tellement importante. Il y a une loi relative à la protection des jeunes âgés de 16 ans et moins, et il y a une loi une protection des adultes, c'est-à-dire des personnes âgées de 19 ans et plus. Toutefois, les jeunes âgés entre 16 et 19 ans ne sont pas protégés par la loi.

Le président : Quelle serait la solution à ce problème? D'après vous, devrait-on inclure ces jeunes dans le groupe d'âge des enfants ou dans celui des adultes?

Mme Whitenect : Dans un sens ou dans l'autre, ce n'est pas grave, tant qu'ils sont protégés d'une manière ou d'une autre, et qu'on est en mesure d'intervenir.

Le président : Nous n'avons qu'à combler la lacune, alors?

Mme Whitenect : Exactement, et nous devons reconnaître que c'est une période cruciale. Nous devons constituer une famille pour eux, leur fournir une famille, mais nous ne pouvons pas le faire en vertu de la loi. Comme la santé mentale n'est pas légiférée, nous sommes pris entre l'arbre et l'écorce.

Le sénateur Pearson : J'ai deux ou trois points à soumettre. En ce qui a trait à la question que vous venez de poser, la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents vise les jeunes de moins de 18 ans. La Convention relative aux droits de l'enfant porte également sur les jeunes de moins de 18 ans. Ça devrait être universel et c'est ce que nous devrions faire à l'échelle du pays. Cela permettrait de resserrer l'écart de façon tout à fait logique.

Entre autres choses, je voulais souligner l'importance d'aider les chercheurs dans certains domaines. En ce qui a trait à la violence et à la santé, nous avons déjà abordé la question dans une certaine mesure en discutant de la santé mentale des femmes et des parents, entre autres choses.

Le Rapport mondial sur la violence et la santé de l'OSM est excellent. Je coordonne une réunion prévue pour début juin, qui doit porter sur les enfants victimes de violence. La violence est un facteur très déterminant de l'état de santé mentale des enfants, comme nous le savons maintenant. Si nous ne faisons pas quelque chose à ce sujet, nous allons avoir des difficultés. Lorsqu'on entend parler de gens qui ont tué leur bébé pour se venger de leur partenaire — comme ça s'est passé dans les deux ou trois dernières semaines —, on se rend compte à quel point les choses vont vraiment mal.

The latest copy of the Vanier Institute's *Transitions* shows the change in 40 years in family structures. What they do is define it by function; so it should not be a battle for you and your daughter.

Senator Keon: It is not.

Senator Pearson: I know it is not, but it is a useful document and I highly recommend it. It is the latest issue.

Part of our challenge is to find the things that the federal government can do, the recommendations to make it happen. For example, I was in Washington last week, and we have not been taking part in the longitudinal study that was launched on the impact of the environment on children. David Anderson wanted us to get into that study. It was X thousands of dollars to get Canadian children into the cohort. They have a big cohort. They are going to be following a longitudinal study with things like environmental health, and I feel badly that we did not take advantage of that. We should be saying at the federal level, keep your eyes open for every opportunity to build the research base and do not confine it to our country.

There are things going on in the United States — for example, the Surgeon General's work on prevention of violence, the Centers for Disease Control, they are all moving in the same direction as we are, trying to do more coordination, integration and so on. I would recommend building stronger links with them.

Mr. Mussell: With respect to Senator Keon's question about parenting, it strikes me that the most important question has to do with the kind of formative influences we expose our children to so that they grow up with a relatively secure personal and cultural identity. I think that is the key.

My sense is that parenting is a big thing in it, in terms of our culture, because very often people believe that the soul lives on and we are just like great grandfather. There are older people around who will say that, and it has a great influence — usually a very positive one — on your perception of self and what your potential is and so on. It is important to have quality relationships with mother, with father, with grandmother and so on, because that contributes to that relatively secure personal and cultural identity.

Senator Trenholme Counsell: I have to comment on Senator Keon's question, but then I want to address what I would call some really hardcore mental illnesses and ask a question.

I think I would be on your daughter's side, Senator Keon. I raised my kids as a single parent after my husband died from cancer. I think it does go back to those early years and the

Dans le dernier numéro de *Transitions*, revue publiée par l'Institut Vanier, on décrit les changements qui ont été apportés aux structures familiales en 40 ans. On y définit le tout comme une fonction, de sorte que ça ne devrait pas être un sujet de discorde entre vous et votre fille.

Le sénateur Keon : Ça ne l'est pas.

Le sénateur Pearson : J'en suis sûre, mais c'est un document utile, et je vous le recommande fortement. C'est le dernier numéro.

Entre autres enjeux, nous devons déterminer ce que le gouvernement fédéral pourrait faire et formuler des recommandations qui permettraient de faire bouger les choses. Par exemple, lorsque j'étais à Washington la semaine dernière, j'ai appris que nous n'avons pas participé à l'étude longitudinale qui a été entreprise au sujet de l'impact du milieu sur les enfants. David Anderson voulait que nous y participions. Ça aurait coûté plusieurs milliers de dollars pour inclure les enfants canadiens dans la cohorte. C'est une cohorte importante. Leur étude longitudinale doit porter entre autres sur l'hygiène du milieu, et je trouve bien dommage que nous n'en tirions pas parti. Nous devrions passer le mot à l'échelle fédérale. Gardez les yeux ouverts et saisissez toutes les occasions de renforcer la base de recherche sans vous confiner à notre pays.

Aux États-Unis, plusieurs projets — par exemple, les travaux sur la prévention de la violence menés par le chef des services de santé, et les travaux des Centers for Disease Control — vont dans la même direction que nous et visent davantage de coordination et d'intégration, entre autres. Je recommande donc qu'on renforce les liens avec eux.

M. Mussell : En ce qui a trait à la question que le sénateur Keon a posée au sujet du rôle parental, je suis convaincu que le plus important, c'est le genre d'influence que nos enfants reçoivent pendant leur développement : nous devons veiller à ce qu'ils grandissent en acquérant une identité personnelle et culturelle relativement sûre. Je crois que c'est la clé.

À mon avis, le rôle parental est une part importante de cela dans notre culture, car, très souvent, les gens croient que l'âme survit et que nous sommes le reflet de nos arrière-grands-parents. Il y a des personnes âgées qui diront cela, et leurs propos ont une grande influence — généralement très positive — sur notre perception de nous-mêmes et de notre potentiel, entre autres choses. Nous devrions entretenir de bonnes relations avec notre mère, notre père, notre grand-mère et les autres membres de notre famille, car cela nous aidera à nous forger une identité personnelle et culturelle relativement sûre.

Le sénateur Trenholme Counsell : J'aimerais tout d'abord répondre à la question du sénateur Keon, puis me pencher sur ce que j'appellerais de véritables troubles mentaux, pour finalement poser une question.

J'aurais tendance à me ranger du côté de votre fille, sénateur Keon. J'ai élevé seule mes enfants, après que mon mari est mort du cancer. Je crois effectivement que les premières années,

bonding, the attachment. A lot of people can help you with this parenting. I needed the help of many people, because I practised medicine many hours every day.

The thing is that kids have to have be bonded and have that attachment. They have to believe that they are first in the parents' hearts and lives, that their parents will be there for them in all the serious times to come, and that this will go on for the rest of their lives. They may get married, they may get divorced, but the parent is always there — then I think they will be okay. Also, you have to build in a lot of good supports if you are going to do what your daughter did and what I did. It is okay to do what she is doing, but you need a lot of support and that bonding, that attachment, has to be there from day one.

We have entered into a huge society debate here, all about society in so many aspects. I am trying to think about whether this kind of debate would take place around any other illnesses. You could have some of it about heart disease and cancer, but there are a lot of diseases where you would not have it — like ALS and so on — except for the support that people need.

We say that there are 20 percent of children with mental illness, one out of five. Increasingly, we are realizing that you are born with it. I would like to know, in terms of the most serious illnesses — there are all the societal problems, family breakdown, bullying, body image — for example, the people that were let out of our mental hospitals that need the support of the community, are we realizing that a higher percentage of that 20 percent are serious genetic, or chemical, or environmental or stress factors in the womb?

What percentage of the 20 per cent are born with it? We have some distinguished psychiatrists and doctors here who perhaps can answer this question. We spend much of our time talking about society, but we should get back to serious mental illness.

Dr. Israël: Even if you are born with it, the environment will determine whether you express the disorder. The current thinking is not around those issues, because for all genetic disorders — especially for mental illness, which is complex — there are often many genes that are involved. Often, whether the child is exposed to a certain environment or to certain protective factors can make all the difference between those who develop the disorder and those who do not.

Senator Trenholme Counsell: Are you talking about bipolar disorder or schizophrenia?

Dr. Israël: Yes.

pendant lesquelles se forment les liens affectifs et s'établit l'attachement, sont très importantes. Bon nombre de gens pourraient vous aider à assumer ce rôle parental. J'ai moi-même eu besoin de l'aide d'un grand nombre de gens, car, comme j'étais médecin, je travaillais beaucoup.

Ce qui compte pour les enfants, c'est qu'ils développent des liens affectifs et un attachement. Ils doivent être certains d'avoir une place toute spéciale dans le cœur et la vie de leurs parents, que ces derniers pourront les aider en période difficile, et qu'ils seront toujours là pour eux. Peut-être se marieront-ils et finiront-ils par divorcer, mais tant que leurs parents sont là, tout ira bien. En outre, vous devrez établir un bon réseau de soutien si vous comptez faire ce que votre fille a fait et ce que j'ai fait. Ça va de faire la même chose qu'elle, mais vous aurez besoin d'un bon réseau de soutien, et vous devez établir de bons liens affectifs et un attachement avec l'enfant dès le début.

Nous sommes entrés ici dans un grand débat social, un débat qui concerne la société sous tellement d'aspects. Je me demande si nous nous lancerions dans ce genre de débat autour d'autres maladies. Nous pourrions le faire pour certaines maladies comme les problèmes de cœur et le cancer, mais ce ne serait pas le cas pour beaucoup d'autres maladies comme la SLA, mis à part le fait que les gens reçoivent le soutien voulu.

Nous disons que 20 p. 100 des enfants souffrent de maladies mentales, soit un enfant sur cinq. Nous nous rendons de plus en plus compte qu'ils naissent comme ça. J'aimerais savoir : en ce qui a trait aux maladies les plus graves — et tous les problèmes sociaux qui s'y rattachent, ainsi que l'éclatement de la famille, l'intimidation et la mauvaise image de soi —, par exemple, dans le cas des personnes qui sont sorties des hôpitaux psychiatriques et qui auraient besoin du soutien de la collectivité, est-ce que nous nous rendons compte qu'une forte proportion des maladies mentales touchant ces enfants sont liées à d'importants facteurs génétiques, chimiques, environnementaux ou de stress acquis dans le ventre de la mère?

Dans quelle proportion ces enfants atteints de maladies mentales sont-ils nés avec la maladie? Nous avons avec nous des psychiatres et des médecins de grande renommée qui pourraient peut-être répondre à cette question. Nous passons beaucoup de temps à parler de la société, mais nous devrions revenir aux maladies mentales graves.

La Dre Israël : Même lorsqu'on naît avec des troubles mentaux, c'est le milieu qui déterminera s'ils se développeront. À l'heure actuelle, nous ne nous pencherons pas sur ces enjeux, parce que tous les troubles génétiques — notamment dans le cas des maladies mentales, qui est un problème complexe — sont souvent liés à toute une série de gènes. Souvent, le fait que les enfants soient exposés à un certain milieu ou à certains facteurs de protection peuvent faire toute la différence entre ceux qui contracteront la maladie et ceux qui ne la contracteront pas.

Le sénateur Trenholme Counsell : Parlez-vous du trouble bipolaire ou de la schizophrénie?

La Dre Israël : Oui.

Senator Trenholme Counsell: In what percentage could the environment make a significant difference?

Dr. Israël: The percentage of people who suffer from schizophrenia and bipolar disorder has been relatively constant. There may be other disorders whose incidence is increasing, but those are relatively constant. The ones that vary more include depression and anxiety disorder, which are probably more vulnerable to environmental factors, where there are many mediators that occur during development that can influence whether it goes one way or the other.

When one gets to schizophrenia and bipolar disorder, the current thinking is that to intervene extremely early can dramatically change the course and prevent chronicity.

Senator Trenholme Counsell: I know that the earlier the detection, the earlier the intervention. However, what percentage is innate?

Dr. Lipman: The answer is that we do not know. It is a newly developing field. If we look at this over the next 10 or 20 years, we will find that how we understand genes and their effect on mental illness will go up like mad, but it is because the technology and the investigation is happening, not because it has not always been there. So right now, we do not know. I think we will find that we will understand more about what genes might be influencing things.

Senator Trenholme Counsell: Are ADHD and conduct disorder, Dr. Goldbloom, something one is born with?

Dr. Goldbloom: In many cases, yes, one is born with it, but it is very much modified by environment.

Senator Trenholme Counsell: It is modified by detection, by intervention and by all the things one does.

Dr. Goldbloom: Unfortunately, we are still under the influence of this body-mind separation. All the science shows that this is a totally artificial division. Body and mind are indistinguishable. Each one interacts with the other, and in many incredibly different ways. It comes back to the fact that every individual is one of a kind. We tend to individuals together, but each person around this table is unique. That is why we can recognize you by your DNA.

Senator Trenholme Counsell: The course of a disease will depend a great deal on the environment into which one is born and what happens to an individual. We need to put in our report the most up-to-date information about where this is, because it is easy to blame society and families. I hope we can obtain the latest information.

The Chairman: We will, but we do not intend to blame anybody.

Senator Trenholme Counsell: I am not saying "blame."

Le sénateur Trenholme Counsell : Dans quelle proportion le milieu peut-il faire une différence importante?

La Dre Israël : Le pourcentage de gens qui souffrent de la schizophrénie et du trouble bipolaire est relativement constant. Il y a peut-être d'autres maladies dont la prévalence augmente, mais cela se fait de façon relativement constante. Parmi les maladies qui varient le plus, mentionnons la dépression et les troubles de l'anxiété, qui sont probablement plus vulnérables aux facteurs environnementaux, qui se manifestent durant le développement et peuvent influencer sur le cours de la maladie dans un sens ou dans l'autre.

En ce qui a trait à la schizophrénie et au trouble bipolaire, on estime actuellement que, en intervenant très rapidement, on peut modifier grandement le cours de la maladie et prévenir la chronicité.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je sais que plus tôt on détecte une maladie, plus tôt on peut intervenir. Toutefois, quel pourcentage est inné?

La Dre Lipman : En fait, nous ne le savons pas. C'est un nouveau domaine. Dans 10 ou 20 ans, nous comprendrons beaucoup mieux comment fonctionnent les gènes et leur effet sur les maladies mentales, mais ce sera non pas parce que ce n'était pas là, mais parce que nous aurons acquis la technologie et les moyens d'enquête requis. Donc, pour l'instant, nous ne le savons pas. Je crois que nous finirons pas en savoir beaucoup plus sur la manière dont les gènes peuvent influencer sur ces choses.

Le sénateur Trenholme Counsell : Docteur Goldbloom, est-ce qu'on naît avec le THADA et le trouble des conduites?

Le Dr Goldbloom : Dans de nombreux cas, oui, on naît avec, mais le milieu peut modifier beaucoup les choses.

Le sénateur Trenholme Counsell : Ça peut être modifié par la détection, l'intervention et toutes les choses qu'on fait.

Le Dr Goldbloom : Malheureusement, nous avons encore tendance à séparer le corps de l'esprit. Toutes les données scientifiques révèlent que c'est une division tout à fait arbitraire. Le corps et l'esprit sont inséparables. Ils interagissent l'un avec l'autre et de nombreuses et incroyables façons. Cela nous ramène à la constatation selon laquelle chaque personne est unique. Nous mettons souvent les gens dans le même sac, mais chaque personne est unique, tout comme chacun de nous autour de cette table. C'est pourquoi nous vous reconnaissons par votre ADN.

Le sénateur Trenholme Counsell : Le cours d'une maladie dépendra en grande partie du milieu dans lequel une personne est née et de ce qu'elle a vécu. Dans notre rapport, nous devons fournir les renseignements les plus à jour à ce sujet, car c'est si facile de blâmer la société et la famille. J'espère que nous pourrions obtenir les dernières données.

Le président : C'est ce que nous ferons, mais nous n'avons pas l'intention de blâmer qui que ce soit.

Le sénateur Trenholme Counsell : Je ne voulais pas dire « blâmer ».

The Chairman: Our outlook has always been, as in the previous study, to redesign the system to make it work. We are always looking forward rather than backward.

Dr. Manion: You have to be very careful about the language around this. It is inaccurate to suggest that if there is a clear biological or genetic genesis to this, it will be a more severe and important mental illness. You can have incredible trauma, and your resulting mental illness can be as or more severe than if you have a genetically determined illness from birth. You do not want to classify mental illnesses by their genesis. They are classified by the degree of dysfunction. Our goal is to try to decrease dysfunction.

You can have a mental illness that we can test eventually by a blood sample and have good functioning and not express that mental illness in day-to-day life. You have to be careful about the biology of this.

Mr. Cox: Is it right that some of the environmental factors are not always negative and that there are positive factors? I would not like to say that I have had a negative life and that that has contributed totally to my illness. There are positives. Going to university was a positive thing for me, but it helped bring out my illness.

Ms. Forge: I will return to Dr. Van Daalen's comment about making it safe for families and for parents to say they need help. We not only need to make it safe, we need to make it normal. As a parent, I needed help from time to time. Somehow, we have to normalize that and make it not only okay but actually expected that from time to time over one's life as a parent one will need some support. It will ebb and flow, depending on the age of the child or youth, but there will be times when one needs that support. We must make it normal.

The second thing relates to the family piece, in terms of integration. We talk in education about deprivatization of our practice, of our work as teachers. For the most part, we are trained to think about ourselves in front of one class for the entire day. We are beginning to understand that that is not an effective way to improve our practice as teachers.

We have run into the same issue with our social work colleagues when we tried to put our project of integration together. They were trained to sit with one client in an office, for usually one hour, and at the end of that hour the client would go away and the next client would come in.

Although our staff struggled with this at the beginning, one of the most positive parts of the process was that teachers, social workers and child and youth workers had to deprivatize what they did, how they did it and why they did it. It has been a learning experience for us in terms of thinking of treatment or intervention or support in the long run. We have to see it not as a

Le président : Comme dans l'étude précédente, nous avons toujours eu à l'esprit de restructurer le système pour qu'il fonctionne mieux. Nous essayons toujours de regarder en avant, au lieu de regarder en arrière.

Le Dr Manion : Vous devez faire très attention aux termes que vous employez ici. Vous faites fausse route lorsque vous avancez que, s'il y a des causes biologiques ou génétiques clairement définies, c'est une maladie mentale plus grave et plus importante. Après un très gros traumatisme, la maladie mentale qui en résulte peut être aussi grave, sinon plus grave que celle déterminée par la génétique dès la naissance. Ce n'est pas une bonne idée de classer les maladies mentales d'après leurs causes. Elles doivent plutôt être classées d'après la mesure dans laquelle la personne atteinte est dysfonctionnelle. Notre but, c'est d'aider la personne à être moins dysfonctionnelle.

Il arrive qu'un test sanguin ne révèle aucune anomalie chez quelqu'un souffrant d'une maladie mentale, et que celui-ci ne montre aucun signe de cette maladie dans sa vie quotidienne. Vous devez faire attention aux causes biologiques de ces choses.

M. Cox : Est-ce vrai de dire que certains facteurs environnementaux ne sont pas toujours négatifs, mais qu'ils sont parfois positifs? Je ne crois pas que ma vie a été négative, ni que ce sont uniquement des facteurs négatifs qui ont contribué à ma maladie. Il y a des facteurs positifs. L'université a été quelque chose de positif pour moi, mais cela a aussi révélé ma maladie.

Mme Forge : Je voudrais revenir au commentaire de la Dre Van Daalen relativement à l'importance de s'assurer que les familles et les parents ne craignent pas de demander de l'aide. Nous devons leur montrer non seulement qu'ils n'ont pas à avoir peur de le faire, mais aussi que cela est tout à fait normal. À titre de parent, j'ai eu besoin d'aide de temps en temps. Nous devons faire en sorte que ce soit normal et montrer non seulement que ça va de le faire, mais aussi qu'on s'attend à ce qu'un parent ait besoin d'aide de temps en temps. Il y a des hauts et des bas, selon l'âge de l'enfant ou de l'adolescent, et il arrive qu'on ait besoin d'aide. Nous devons montrer que c'est tout à fait normal.

Mon deuxième point porte sur la famille, plus particulièrement sur l'intégration. Dans le secteur de l'enseignement, nous parlons de la déprivatisation de notre pratique, de notre travail en tant qu'enseignant. Dans la plupart des cas, nous avons appris à rester devant une classe pendant toute la journée. Nous commençons à comprendre que ce n'est pas un moyen efficace d'améliorer notre pratique d'enseignant.

Nous avons fait face au même problème avec nos collègues des services sociaux lorsque nous avons essayé de mettre en place notre projet d'intégration. Ils étaient habitués à recevoir un client à la fois dans leur bureau, pendant une heure en général; puis, à la fin de cette heure, le client s'en allait pour laisser la place au prochain.

Même si notre personnel a eu de la difficulté au début, ce processus a donné des résultats très positifs, notamment le fait que les enseignants, les travailleurs sociaux et les intervenants auprès des enfants et des adolescents ont dû déprivatiser leurs fonctions, en ce qui concerne leur façon de faire et leurs motifs. Cela nous a permis d'apprendre beaucoup de choses concernant

counselling one-on-one session but as being a team. Part of the team, Senator Cook, is the family. It becomes that ongoing support.

We must make it okay for the family to say, "Two years ago we went through a really rough patch. With your support and our hard work we got through it, but it is two years later and we need to re-enter the system for some support, although we are older and wiser." That give and take will have to be built in to whatever we end up recommending.

Dr. Goldbloom: We have talked about how things have changed. It is important that we remind ourselves of what the things are that have not changed, that have stayed exactly the same.

Medicine is a good analogy. We are diagnosing and curing diseases in ways that were unheard of previously. However, as one of my revered teachers once said, the doctor's mission has not changed. When I say "doctor," it could be a psychiatrist or a psychologist. He said that the doctor's mission is to relieve anxiety. Everything we do in the way of diagnosis, treatment and even research is only a means to that end. It is a very fundamental concept.

By the same token, because we are talking about families here, and my particular interest, of course, is children, we have talked about how life has changed and how society has changed, but there are certain things that have not changed. That is what the family needs.

That was defined about 50 years ago in a study at McGill by William Westley and Nathan Epstein on 100 families. It was written up as a book called *The Silent Majority: Families of Emotionally Healthy College Students*. They studied 100 ostensibly normal families in enormous detail to try to identify the characteristics in the children that gave them resilience against mental or emotional illness. It boiled down to three very simple things: one, warm open communication between the family members; two, leadership — every committee needs a chair, and a family is a committee in that sense; and, three, and most important of all from the therapeutic point of view, shared labour, something that has disappeared from a lot of families. It does not matter what aspect of this problem we are dealing with. Those are the objectives that we have to aim for. Just dealing at the level of individual families, this is the thing that makes the difference in plain hard everyday terms: sharing the labour, whether the labour has to do with treating a sick child or establishing a better family relationship, because very often one parent has opted out, sometimes using work as an excuse.

l'élaboration de traitements, d'interventions ou de mesures de soutien à long terme. Nous devons envisager le tout non pas comme une séance de counselling privée, mais comme un travail d'équipe. Une partie de l'équipe, sénateur Cook, c'est la famille. C'est notre soutien continu.

Nous devons permettre aux familles de dire sans ambages : « Il y a deux ans, nous avons passé par une période vraiment difficile. Grâce à votre aide et à notre dur labeur, nous nous en sommes sortis, mais ça fait maintenant deux ans, et nous devons réintégrer le système afin d'obtenir de l'aide, même si nous sommes plus vieux et plus matures. » Ce processus d'échanges mutuels devra faire partie intégrante du système qui sera établi, quelles que soient nos recommandations.

Le Dr Goldbloom : Nous avons parlé de la manière dont les choses ont changé. Nous devons nous rappeler ce qui n'a pas changé, ce qui est resté exactement pareil.

La médecine est un bon exemple. Nous diagnostiquons et traitons des maladies comme jamais nous n'aurions pu le faire auparavant. Toutefois, comme l'un de mes professeurs les plus estimés l'a déjà dit, la mission d'un médecin n'a pas changé. Lorsque je dis « médecin », je parle aussi d'un psychiatre ou d'un psychologue. Il a dit que le médecin a pour mission de réduire l'anxiété. Tout ce que nous faisons sur le plan des diagnostics, des traitements et même des recherches n'est qu'un moyen d'arriver à une fin. C'est un concept des plus fondamentaux.

De même, comme nous parlons ici des familles, et que mon domaine d'intérêt est évidemment lié aux enfants, nous avons parlé du fait que la vie et la société ont changé, mais certaines choses n'ont pas changé. C'est ce dont la famille a besoin.

C'est ce que William Westley et Nathan Epstein ont défini il y a environ 50 ans dans une étude menée à McGill auprès de 100 familles. Les conclusions sont présentées dans un livre intitulé *The Silent Majority : Families of Emotionally Healthy College Students*. Ils ont étudié en détail 100 familles apparemment normales afin de cerner les caractéristiques des enfants qui n'ont pas de troubles mentaux ou émotionnels. Au bout du compte, cela revenait à trois choses bien simples : un, des communications chaleureuses et ouvertes entre les membres de la famille; deux, le leadership — chaque comité a besoin d'un président, et une famille est pour ainsi dire un comité; et, trois — chose la plus importante de toute du point de vue thérapeutique — le partage des tâches — quelque chose qui n'existe plus dans beaucoup de familles. Quel que soit l'aspect de ce problème auquel nous devons faire face, ce sont les objectifs que nous devons atteindre. Rien qu'au niveau d'une seule famille, c'est ce qui fait la différence dans la vie quotidienne : le partage des tâches, qu'il s'agisse de soigner un enfant malade ou d'établir de meilleures relations familiales, car il arrive très souvent qu'un parent démissionne, parfois en utilisant son travail comme excuse.

These are factors that can be easily manipulated. We do not need to overcomplicate them. I just wanted to emphasize that those are some of the issues about families and mental health that have not changed over the last 1,000 years.

The Chairman: Let me say thank you to everybody for attending here. I know we prevailed upon you, not only for your six hours today, but also for the time many of you spent getting here and will spend getting home. We appreciate it.

The downside of this for everyone is that each time we get a group that comes in and helps us like this, we feel absolutely no compunction about calling on you again to help us to edit things and look at documents, although not necessarily to come to meetings.

Our committee is somewhat unusual, and I say this because there are a number of academics around this table. Because Senator Keon and I are both academics by training, we believe in a peer-reviewed process. One of the reasons our previous report got the reception it did was that individual chapters had been peer reviewed by key people before it ever got published. Therefore, we easily reserve the right to bug you again to read some material and give us some comments.

It has been a great day from our point of view.

The committee adjourned.

Ce sont des facteurs qui peuvent être facilement manipulés. Nous ne voulons pas trop compliquer les choses. Je voulais simplement souligner que ce sont certains des enjeux relatifs aux familles et à la santé mentale qui n'ont pas changé depuis 1 000 ans.

Le président : Je tiens à vous remercier tous d'être venus ici. Je sais que vous avez dû nous consacrer beaucoup de temps, non seulement les six heures d'aujourd'hui, mais aussi les heures que bon nombre d'entre vous ont prises pour vous rendre ici et que vous prendrez pour revenir chez vous. Nous l'apprécions.

Ce qui est moins bien pour tout le monde, c'est que chaque fois que nous demandons à un groupe de venir nous aider comme vous l'avez fait, nous n'hésitons aucunement à vous demander en plus de revenir pour nous aider à réviser différentes choses et à examiner les documents, même si ce n'est pas nécessairement pour venir à des réunions.

Notre Comité est assez inhabituel, et je dis cela parce qu'il y a un certain nombre d'universitaires autour de cette table. Comme le sénateur Keon et moi-même avons été formés à l'Université, nous croyons au bien-fondé d'un processus d'examen par les pairs. Notre rapport précédent a été bien reçu notamment parce que chaque chapitre avait fait l'objet d'un examen par des pairs, c'est-à-dire des personnes clés, avant d'être publié. Par conséquent, nous nous réservons le droit de vous déranger encore une fois pour que vous lisiez certains documents et nous donniez ensuite votre opinion.

Nous avons passé une très belle journée.

La séance est levée.

McMaster University, Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences:

Dr. Ellen Lipman, Child Psychiatrist; Associate Professor, Division of Child Psychiatry; Core Member of Offord Centre of Child Studies.

The Canadian Psychiatric Research Foundation:

Judy Hills, Executive Director.

Brock University:

Richard C. Mitchell, Department of Child and Youth Studies.

Douglas Hospital:

Dr. Mimi Israël, Psychiatrist-in-Chief; Co-director, Clinical Activities Directorate; Associate Professor, Department of Psychiatry, McGill University.

Queen's University, Division of Child & Adolescent Psychiatry:

Dr. Nasreen Roberts, Director, Adolescent Inpatient & Emergency Service.

School of Nursing, York University:

Dr. Cheryl Van Daalen.

Children's Hospital of Eastern Ontario:

Dr. Simon Davison, Chief of Psychiatry.

Dalhousie University:

Dr. Richard Goldbloom, Professor of Pediatrics; Member of the Consulting staff at the Nova Scotia Rehabilitation Centre.

Université McMaster, Département de psychiatrie et de neurosciences du comportement :

La docteure Ellen Lipman, pédopsychiatre; professeure agrégée, Division de pédopsychiatrie, membre principal du Centre Offord pour l'étude de l'enfance.

Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie :

Judy Hills, directrice exécutive.

Université Brock :

Richard C. Mitchell, Département des études sur l'enfance et la jeunesse.

Hôpital Douglas :

La docteure Mimi Israël, psychiatre en chef, codirectrice, Direction des activités cliniques; professeure agrégée, Département de psychiatrie, Université McGill.

Université Queen's, Division de pédopsychiatrie et de la psychiatrie de l'adolescent :

La docteure Nasreen Roberts, directrice, Service d'urgence pour adolescents.

École de sciences infirmières, Université York :

La docteure Cheryl Van Daalen.

Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario :

Le docteur Simon Davidson, chef de la psychiatrie.

Université Dalhousie :

Le docteur Richard Goldbloom, professeur de pédiatrie ; membre du comité de consultation du Centre de réhabilitation de la Nouvelle-Écosse.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES:

IWK Health Centre:

Andy Cox, Consumer and Mental Health Advocate.

Office of Child & Family Services Advocacy of Ontario:

Judy Finlay, Chief Advocate.

Bluewater District School Board:

Michelle Forge, Superintendent of Student Services.

Children's Hospital of Eastern Ontario:

Dr. Ian Manion, Psychologist.

Department of Health and Wellness of New Brunswick:

Barbara Whitenect, Acting Director of Child & Youth Services.

Sal'T'shan Institute:

Bill Mussell, Manager & Principal Educator; Chair of the Native Mental Health Association of Canada.

(Continued on previous page)

TÉMOINS :

Centre de santé IWK :

Andy Cox, bénéficiaire et défenseur des soins de santé mentale.

Bureau d'assistance à l'enfance et à la famille de l'Ontario :

Judy Finlay, intervenante en chef.

Commission scolaire du district de Bluewater :

Michelle Forge, surintendante des services aux étudiants.

Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario :

Le docteur Ian Manion, psychologue.

Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick :

Barbara Whitenect, directrice intérimaire, Services à l'enfance et à la jeunesse.

Sal'T'shan Institute :

Bill Mussell, gestionnaire et éducateur; président, Native Mental Health Association of Canada.

(Suite à la page précédente)



